FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par ROBERT HENRY

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Paris le 7 avril 1878.

RÉSULTATS CLINIQUES

DE

LA PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

AVEC INCISION LATÉRALE

(PROCÉDÉ DE WILMS, DE BALE)

Président : M. HARTMANN, *professeur.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilb. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	RECLUS. SEGOND. QUÉNU. Pierre DELBET.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. BALTHAZARD	MM. DESGREZ	MM. LECÈNE	MM. OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (And.)	GUÉNIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

A MON ONCLE

Le Docteur Charles LEROUX

Médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine

et de l'Institution nationale des Sourds-Muets

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/resultatscliniqu0000vari

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur H. HARTMANN

Qui nous a enseigné les règles chirurgicales
et qui veut bien nous faire l'honneur de nous laisser travailler à ses côtés.
Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

Qui, par son bienveillant enseignement,
nous a orienté vers les voies urinaires.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Que nous voulons remercier particulièrement
de la patience jamais lassée avec laquelle il nous a prodigué ses conseils,
et de nous avoir permis de les mettre en pratique.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CUNÉO

Qui fut l'instigateur de cette thèse et que nous tenons à remercier
de nous avoir procuré les documents.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR BAUDET

Témoignage d'une affection ancienne
et chaque jour plus vive.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat (1901-1906).

M. le Docteur MUSELIER.

M. le Professeur POIRIER (*in memoriam*).

M. le Docteur SEVESTRE (*in memoriam*).

M. le Docteur BRÜHL.

M. le Docteur H. MARTIN-ROUX (*in memoriam*).

Internat provisoire (1906-1907).

M. le Docteur BAUDET.

M. le Docteur CHASLIN.

Internat (1907-1911).

M. le Professeur agrégé HUMBERT.

M. le Docteur DEMOULIN.

M. le Professeur agrégé LEGUEU.

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur agrégé CUNÉO.

M. le Professeur agrégé MARION.

MM. les Professeurs agrégés LECÈNE, BEZANÇON.

MM. les Docteurs BOISSARD, MARCILLE.

INTRODUCTION

Il est hors de doute qu'actuellement le procédé de choix pour l'ablation de la prostate est celui de Freyer, la prostatectomie transvésicale sus-pubienne. D'abord assez meurtrier, il est devenu de plus en plus bénin comme l'indiquent les dernières statistiques, et, grâce au perfectionnement du traitement post-opératoire, on peut dire aujourd'hui que sa mortalité est presque nulle.

Cependant, quand on l'a pratiqué souvent, on s'aperçoit que dans quelques cas le manuel opératoire devient particulièrement pénible et difficile, par exemple chez les obèses avec grosse prostate bas située, ou bien quand il y a périprostatite considérable chez un malade qu'il est impossible de cathétériser et à qui on ne veut pas imposer un méat hypogastrique définitif. Dans ces cas un certain nombre de chirurgiens emploient encore la prostatectomie périnéale, ainsi du reste que pour certaines ablations partielles dans les prostatites chroniques.

Il était donc permis, quand le professeur Wilms (de

Bâle) indiqua en 1908 (1), puis en 1910 (2), une nouvelle voie d'abord périnéale de la prostate, d'expérimenter cette méthode, non pour détrôner la prostatectomie transvésicale, mais pour remplacer l'ancienne technique périnéale longue et compliquée.

C'est ce que, durant notre dernière année d'internat dans le service des voies urinaires de Lariboisière, notre maître le Dr Cunéo a fait devant nous, et ce sont les résultats immédiats et éloignés de seize de ces prostatectomies que nous présentons ici.

Nous voulons tout de suite indiquer du reste que si au point de vue anatomique et opératoire la méthode nous a paru facile et exempte de dangers immédiats, nos résultats éloignés sont différents de ceux qu'a publiés Wilms, et qu'ils présentent dans un trop grand nombre de cas un gros inconvénient, l'incontinence.

Nous allons présenter d'abord les observations. Nous indiquerons ensuite les raisons anatomiques et la technique du procédé. Nous discuterons ensuite les résultats immédiats et éloignés, en les rapprochant de ceux qu'on obtient par les autres méthodes.

(1) Wilms. Une nouvelle méthode de prostatectomie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XCIII Band, juin 1908.

(2) Wilms. Prostatectomie périnéale avec incision latérale. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, CIV Band, février 1910, p. 144 à 158.

RÉSULTATS CLINIQUES

DE LA

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

AVEC INCISION LATÉRALE

(PROCÉDÉ DE WILMS, DE BALE)

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-six ans, vient à la consultation du service Civiale pour rétention complète chronique. Il doit se sonder trois fois le jour et une fois la nuit. Entre dans le service le 18 mai 1910.

Début il y a dix ans, par une crise de rétention aiguë qui dura vingt-quatre heures. Depuis cette date jusqu'à il y a deux ans, aucun trouble de la miction.

A la fin de 1908, apparaît de la fréquence des mictions, trois, puis quatre fois la nuit, enfin même le jour cinq à six fois. Le malade doit pousser au début.

Le 27 mars 1910, sans cause apparente, nouvelle crise de rétention complète. Le malade se fait sonder à l'hôpital de la Charité d'où on l'envoie à Necker. On lui met une sonde à demeure pendant sept jours et on le renvoie en lui disant qu'il n'y a pas lieu de l'opérer

actuellement. Il continue à se sonder régulièrement, mais ses urines deviennent troubles.

Antécédents. — Jamais de maladie grave. Congestion pulmonaire il y a trois ans.

Examen. — État général bon. Embonpoint assez marqué. Bronchite.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde béquille n° 20 passe facilement. Longueur du canal : 21 centimètres.

Vessie : On évacue 300 grammes d'urine foncée, à odeur forte. Les dernières gouttes sont formées par du pus presque pur. Pas de sang.

Prostate : Au toucher rectal on la sent uniformément hypertrophiée, du volume d'une petite orange, régulière, bien limitée, dure.

Épreuve du bleu de méthylène. Élimination régulière d'intensité mais prolongée, dure cinq jours et demi.

Pas de température. On met une sonde à demeure. Lavage de vessie à l'oxycyanure.

Opération. — 26 mai 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'une pièce. Lobe gauche plus développé. Poids, 75 grammes.

Résultats immédiats. — Excellents. Ablation des mèches le 28 mai. Le tube fonctionne bien. Lavage au nitrate d'argent. Température normale.

31 mai. Température 38°4, malade dyspnéique. Ventouses. Huile camphrée. Urines ne contiennent plus de sang.

2 juin. Température 39 degrés, respiration soufflante à gauche, urines claires.

4 juin. Fièvre est tombée. Ablation du tube qui est remplacé par une sonde à demeure qu'on introduit facilement.

7 juin. Le malade se lève. Bon état général. Appétit excellent.

10 juin. Ablation de la sonde à demeure.

Pendant deux jours un peu d'urines passe par la plaie périnéale, la majeure partie passant par l'urètre.

15 juin. La plaie périnéale est presque cicatrisée.

Résultats éloignés. — Les jours suivants un peu d'incontinence le jour. A l'occasion d'un effort en montant ou en descendant de son lit, le malade perd quelques gouttes d'urine par la verge. Continence parfaite la nuit.

Le cathétérisme urétral est facile. On dilate le malade aux Béniqués. Résidu vésical de 60 grammes.

7 juillet. A neuf heures du soir. Hémorragie cérébrale. Hémiplégie complète.

8 juillet. Malade dans le coma, température 38°2. Mort dans la nuit à quatre heures du matin sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — La famille s'étant d'abord opposée à l'autopsie autorise un examen limité à la région opérée. Passant donc par une incision périnéale encadrant la cicatrice opératoire, on extrait d'un bloc la vessie, l'urètre et les plans superficiels du périnée.

L'examen de cette pièce étant des plus intéressants au point de vue de la pathogénie de l'incontinence, nous l'exposerons en étudiant cette complication.

OBSERVATION II.

Hypertrophie prostatique et calcul vésical. Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-cinq ans, vient à la consultation du service Civiale pour fréquence des mictions et hématuries. Entre dans le service le 8 juin 1910.

Début il y a deux ans, après une fatigue; dans la journée ou le soir, jamais le matin, le malade constate que ses urines sont sanguinolentes, les dernières gouttes étant toujours plus colorées. Ces hématuries se renouvellent une ou deux fois par mois. En outre, par moments, pendant une miction, le jet d'urine s'interrompt pour recommencer après quelques efforts. En contractant sa vessie, le malade perçoit nettement quelque chose de dur qui se déplace et occasionne une légère douleur. Les mictions deviennent plus fréquentes, trois à quatre fois le jour, deux à trois fois la nuit. Début un peu retardé.

Antécédents. — Blennoragie à dix-huit ans. Il y a neuf ans deux crises de colique néphrétique, l'une à droite, l'autre à gauche. A la suite de chacune expulsion de sable et de graviers. Plusieurs crises de rhumatisme articulaire, la première à vingt-quatre ans. Hydrocèle vaginale gauche depuis l'âge de vingt ans.

Examen. — Malade gras, bien portant.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde 25 passe facilement. Longueur du canal, 20 centimètres.

Vessie : On évacue un résidu de 100 centimètres cubes environ, d'urines troubles. Le malade venait d'uriner immédiatement avant l'examen.

L'exploration métallique ne permet pas de sentir de calcul.

Cystoscopie : Difficile à cause de la longueur du canal. On aperçoit un calcul à droite, blanchâtre, mobile, de la grosseur approximative d'une noix.

Prostate : Au toucher rectal n'est pas douloureuse. On la sent volumineuse, lisse, dure, bien limitée, inégalement hypertrophiée, le lobe droit à lui seul atteignant le volume d'une mandarine.

Épreuve du bleu de méthylène. Elimination normale comme intensité et comme durée.

Opération. — 18 juin 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'une pièce, un peu de la muqueuse urétrale est arrachée à sa suite. Poids, 104 grammes. Hémorragie peu abondante. Ablation facile du calcul.

Résultats immédiats. — Le soir de l'opération huile camphrée et sérum.

19 juin. Température 38°4. Pouls 96. Le tube fonctionne mal. A peine 400 centimètres cubes d'urines sanguinolentes dans les vingt-quatre heures.

20 juin. Le malade se plaint d'envies d'uriner avec tension hypogastrique douloureuse.

La vessie est distendue. Ablation des mèches et projection à distance d'une volumineuse rétention d'urine mêlée de caillots. Température 38°6. Pouls 92. Un peu de congestion des bases, ventouses sèches.

22 juin. Température 37 degrés. Pouls 86. Ablation du tube et mise en place d'une sonde à demeure.

Les jours suivants, température normale. Le malade s'alimente. Urines claires, variant de 800 à 1.200 centimètres cubes. Une petite quantité d'urine passe par la plaie, mouillant le pansement, mais sans incommoder le malade. On le fait lever à partir du 2 juillet.

10 juillet. L'urine ne passe plus par la plaie périnéale.

12 juillet. Ablation de la sonde à demeure. Le malade urine par la verge.

Résultats éloignés. — 1er août. Le malade quitte l'hôpital. Bien portant. Plaie cicatrisée. Urines claires. Mais incontinence légère

jour et nuit. Quand il est debout et surtout qu'il marche, il est mouillé par quelques gouttes d'urine qui s'écoulent de temps à autre. Cependant il a 5 ou 6 mictions volontaires par vingt-quatre heures avec jet fort et qu'il arrête facilement au commandement.

Revu le 4 novembre 1910. Incontinence complète jour et nuit. Le malade a dû s'acheter un appareil de réserve, et la nuit il garde un urinal à demeure, il n'a pas de mictions volontaires. La plaie périnéale est complètement cicatrisée et présente à sa partie supérieure un petit nodule rouge, mais jamais aucun suintement par là. Une sonde béquille n° 20 passe facilement, et un peu d'urine trouble s'écoule, mais on a nettement la sensation de ne pas être dans la vessie. La sonde butte au fond d'une cavité urétrale, sous-vésicale. On injecte 140 centimètres cubes d'eau, et la sonde est retirée. Le suintement goutte à goutte s'établit aussitôt. On prie alors le malade d'uriner. Le jet est fort et va assez loin. Nouveau cathétérisme avec une sonde molle qui pénètre dans la vessie ; pas de résidu. Bon état général. Pas d'érections.

Revu le 15 juin 1911 (un an après l'opération). État général excellent. Mais le malade doit encore porter un appareil de réserve, car le jour, à l'occasion de la marche, des efforts, il perd involontairement une partie de ses urines. La nuit, au repos, continence complète. Plus il urine souvent, moins il a d'incontinence.

Cicatrice souple. Le cathétérisme tenté avec une bougie n° 16 est impossible. On essaie une sonde molle qui est arrêtée au niveau de la région prostatique. On peut enfin passer avec une filiforme qu'on laisse en place et le long du laquelle on introduit successivement des bougies n° 7, 12, 16 et 17. On introduit alors une sonde bougie n° 16 qui pénètre facilement dans la vessie. On injecte 280 grammes d'eau jusqu'à ce que le malade éprouve l'envie d'uriner. On retire la sonde et on prie le malade d'uriner. Un peu de paresse au début, puis jet fort. La sonde est réintroduite ; pas de résidu. Au toucher rectal, tissus souples, rien de particulier. Le malade doit revenir se faire dilater.

OBSERVATION III.

Hypertrophie prostatique et calcul vésical.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante et onze ans, vient à la consultation du service Civiale pour mictions fréquentes et douloureuses. Entre dans le service le 17 juin 1910.

Début il y a trois ans et demi. Les mictions deviennent fréquentes, 5 ou 6 fois la nuit, une dizaine de fois le jour. Début retardé. D'autres fois la miction se fait involontairement avant que le malade ait pris ses dispositions. Il y a un an, après une grande marche, hématurie abondante sans douleur qui dure un jour. A partir de ce moment, à chaque miction, douleur passagère mais très aiguë à maximum au niveau du gland. Urines constamment troubles, jamais de rétention.

Antécédents. — Jamais de maladie grave antérieure.

Examen. — Le malade paraît assez bien portant.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde 20 passe facilement, mais on sent au moment où on pénètre dans la vessie le contact du calcul.

Vessie : Pas de résidu. Bonne capacité, 160 grammes. Contractilité exagérée.

Prostate : Au toucher rectal, hypertrophie, régulière, bien limitée, dure.

Cystoscopie : On voit un gros caillou que l'on déplace avec l'instrument. Vessie à colonnes.

Epreuve au bleu de méthylène. Bonne élimination, régulière comme durée et comme intensité.

Opération. — 5 juillet 1910, M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms. La prostate est enlevée d'une pièce. Poids 92 grammes, ablation facile du calcul.

Résultats immédiats. — 6 juillet, pas de température, le tube fonctionne bien, urines sanglantes.

7 juillet. Ablation des mèches, urines à peine sanguinolentes, mais un peu troubles. Lavage par le tube au nitrate d'argent.

10 juillet. Ablation du tube, mise en place de la sonde à demeure. Les premiers jours elle fonctionne mal et la majeure partie de l'urine s'écoule par la plaie.

A partir du 15 le malade est au sec, tout passant par la sonde. Urines claires. Le malade s'alimente bien et se lève le 17 juillet.

2 août. Ablation de la sonde à demeure. Quelques gouttes d'urine passent encore par la plaie périnéale qui se ferme définitivement le 10 août.

Résultats éloignés. — 23 août. Le malade quitte l'hôpital. Plaie parfaitement cicatrisée. Bon état général. Le malade urine sans efforts toutes les deux heures en moyenne le jour comme la nuit. Quand il est debout et s'il attend trop pour uriner, un peu d'urine

s'écoule involontairement de la verge. De même quand il tousse ou fait un effort. Aussi réclame-t-il un appareil de réserve avec lequel il s'en va.

Revu le 13 décembre 1910. Incontinence jour et nuit. Cependant quelques mictions volontaires quand le malade est au repos. Le gland présente quelques érosions causées par le contact perpétuel de l'urine. Une sonde béquille n° 18 passe facilement. Un peu d'urine légèrement trouble s'écoule. On injecte facilement 150 grammes de liquide que le malade retient bien, une fois la sonde retirée. On le prie d'uriner. Le jet est bien calibré, mais le malade ne peut l'arrêter à volonté. Un nouveau cathétérisme ne montre pas de résidu. Bon état général.

Revu le 15 juin 1911 (près d'un an après l'opération).

Excellent état général. Aucune incontinence la nuit. Incontinence d'effort le jour; aussi le malade porte-t-il encore un appareil de réserve. Cicatrice régulière, souple.

Le cathétérisme urétral est impossible même avec une sonde molle. Les instruments s'arrêtent dans une cavité qui n'est pas la vessie et qui contient un peu d'urines troubles. On passe alors une filiforme qu'on laisse en place et le long de laquelle on glisse successivement des bougies n° 8, 10, 14 et 17. Une sonde bougie n° 16 est alors introduite dans la vessie. Le malade éprouve l'envie d'uriner quand on lui a injecté 120 grammes de liquide et il ne peut se retenir à 180 grammes. La sonde est alors retirée et le malade urine avec un jet fort. Bonne contractilité vésicale. Nouveau cathétérisme, pas de résidu. Le malade doit revenir se faire dilater.

OBSERVATION IV.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante ans, entre service Civiale le 30 juin 1910 pour rétention chronique complète.

Début il y a un an et demi environ. Difficulté au début des mictions qui deviennent surtout fréquentes, jusqu'à 6 fois le jour et 7 ou 8 fois la nuit. Les urines restent claires, pas de douleurs. Le 28 mai 1910 après le repas de midi, hémorragie cérébrale. Il reste dans le coma jusqu'au lendemain matin avec déviation de la bouche. Pendant plusieurs jours embarras de la parole. A partir de ce

moment le malade ne peut plus uriner spontanément et on doit le sonder 2 ou 3 fois par jour. Peu à peu les urines deviennent troubles et le malade a de la fièvre.

Antécédents. — Jamais de maladies graves antérieures.

Examen. — Le malade a conservé un peu de déviation de la face. La parole est difficile.

Méat : Un peu étroit.

Urètre : Une sonde 18 passe bien. Longueur du canal 20 centimètres.

Vessie : On évacue 350 grammes environ d'urines troubles. Les dernières gouttes sont purulentes.

Prostate : Au toucher rectal est très augmentée de volume, régulière, très limitée, dure, lisse.

Examen cystoscopique : Saillie prostatique très marquée. Diverticule vésical à droite.

Le malade étant entré avec de la température, 38°2 à 39 degrés, on lui met une sonde à demeure sous l'influence de laquelle la fièvre tombe et les urines deviennent claires.

Epreuve du bleu de méthylène. Elimination bonne comme intensité, un peu prolongée comme durée. Près de quatre jours.

Opération. — 15 juillet 1910, M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms. Ablation pénible due à de la périprostatite. Poids 80 grammes. Suintement sanguin à peine appréciable.

Résultats immédiats. — La température reste normale. Les urines, très sanglantes le premier jour, s'éclaircissent graduellement.

17 juillet. Ablation des mèches.

20 juillet. — Ablation du tube, mise en place d'une sonde à demeure. Les urines sont claires, le malade s'alimente.

25 juillet. Il ne passe presque plus d'urine par la plaie. Le malade se lève.

3 août. Ablation de la sonde à demeure.

8 août. La plaie périnéale est fermée.

Résultats éloignés. — Le jour, le malade a un peu d'incontinence quand il fait effort ou qu'il attend trop pour uriner. On le dilate aux Béniqués. La dilatation est poussée jusqu'au 56. L'incontinence a diminué.

10 septembre. Le malade quitte l'hôpital en bon état. Urines claires. Canal libre pour une sonde 22. Incontinence relative quand il oublie d'uriner. Il doit le faire toutes les heures environ. Pas d'in-

continence la nuit, mais il doit aussi uriner fréquemment, 4 fois environ.

Revu le 25 octobre. Le malade fait du ramollissement cérébral. Il marche difficilement et pleure ou rit sans raison ; toujours incontinence relative au moment de l'effort. Si on prie le malade d'uriner, le jet est mince, mais arrêté convenablement au commandement. On essaie le cathétérisme qui est impossible sauf avec une bougie n° 10. Aucun Beniqué ne passe, le malade saigne. Cicatrice souple. Au toucher paroi rectale souple. On sent au niveau de la région prostatique une sorte de bride transversale. On recommande au malade de venir se faire dilater.

28 janvier 1911. Nous voyons sa femme qui nous apprend que le malade a eu une nouvelle attaque d'hémiplégie. Il ne sort plus de chez lui. L'incontinence partielle persiste toujours. Les mictions sont fréquentes même la nuit, mais le malade n'a, paraît-il, pas de gêne pour uriner.

OBSERVATION V.

Hypertrophie prostatique.

Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante neuf ans, entre service Civiale, le 15 juillet 1910, pour rétention d'urine et urétrorragie.

Depuis le 18 juillet au soir le malade ne peut émettre que quelques gouttes d'urine.

Le 14, au matin, il vient dans le service où on le sonde avec une sonde béquille n° 17. Depuis ce moment, il n'a aucune miction. Le soir il fait venir un médecin qui ne peut lui vider sa vessie et fait une fausse route. Urétrorragie. Le lendemain matin, 15 juillet, il entre à Civiale où, après un bain, on évacue sa vessie. L'urétrorragie s'arrête dans la matinée.

Début il y a sept ans. Le malade constate que peu à peu le jet d'urine est moins fort et moins gros. Au début de la miction, surtout le matin au réveil, il est forcé d'attendre avant que l'urine ne s'écoule. En même temps la fréquence des mictions augmente la nuit deux à trois fois, puis le jour cinq à six fois.

Il y a six ans, première crise de rétention aiguë. Le malade doit se faire sonder. Ces crises se répètent ensuite une ou deux fois par an. Urines toujours claires.

Antécédents. — Jamais de blennorragie. A dix-neuf ans, chancre mou. A trente-cinq ans, bronchite et pleurésie droite. A quarante-huit ans, zona de la cuisse gauche.

Examen. — État général excellent. Le malade paraît usé et plus vieux que son âge.

Urètre : augmenté de longueur. Avec le mandrin on passe facilement une sonde béquille n° 18.

Vessie : présente un résidu de 80 grammes. Urines foncées, mais claires.

Prostate : Au toucher rectal on la sent dure, lisse, bien limitée, non douloureuse, de la grosseur d'une petite orange. Le lobe droit est surtout hypertrophié.

Cystoscopie : n'est pas tentée à cause de la fausse route.

Épreuve du bleu de méthylène. Début retardé. Durée un peu prolongée, trois jours et demi.

Le 19 juillet, dans la nuit, rétention d'urine. On essaie de sonder le malade, mais il saigne. Le matin seulement on peut passer avec le mandrin. La sonde est laissée à demeure.

Opération. — 21 juillet 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale d'après la technique de Wilms. Ablation facile. La prostate pesant 65 grammes est retirée d'une pièce. Elle présente un lobe médian très développé. Hémorragie légère qui s'arrête par le tamponnement.

Résultats immédiats. — 21 juillet, à 5 heures du soir, température 38 degrés. Pouls 90. Très peu d'urines sanglantes. Sérum et huile camphrée.

22 juillet. Urines très sanglantes, 400 centimètres cubes environ. Température 37°6. Pouls 84.

23 juillet. Ablation des mèches. Lavage par le tube à l'eau boriquée ne ramène pas de caillots. Dans la nuit, le malade est très mouillé, le tube fonctionnait mal.

25 juillet. Ablation du tube. Mise en place d'une sonde à demeure. Les urines, assez rares, ne contiennent plus de sang, mais sont troubles.

26 juillet. Le malade paraît fatigué. La quantité d'urine augmente, 800 centimètres cubes. Température 37°6. Pouls mal frappé à 80. Respiration courte. Râles de bronchite aux deux bases. On fait mettre des ventouses. Huile camphrée.

Dans la nuit du 29 au 30, hémorragie abondante par la plaie et par la sonde.

30 juillet. Nettoyage de la plaie. On enlève de nombreux caillots. Lavage vésical par la sonde ramène aussi les caillots. Le soir tem-

pérature 37°9. L'hémorragie paraît arrêtée par la plaie, mais continue par la sonde.

1er août. Arrêt de l'hémorragie. Température 37 degrés.

2 août. Malade très faible. Facies blafard. Œdème des malléoles et des jambes. On le laisse au lait. Théobromine 1 gramme.

4 août. Le malade est très dyspnéique. Congestion pulmonaire bilatérale. Ventouses sèches et scarifiées. L'œdème remonte aux cuisses et aux bourses. Urines très foncées, 600 centimètres cubes, contiennent de l'albumine. Le soir, température 39°9. Malade très abattu, a de la diarrhée. Huile camphrée.

5 août. L'œdème a encore augmenté. Un peu d'œdème des paupières. Température 39°6. Pouls à 84, irrégulier. Urines sanguinolentes, rares, 300 centimètres cubes à peine. Le soir, malade violacé. Dyspnée intense. Expectoration spumeuse. Râles humides dans toute la poitrine.

6 août. Décès à 4 heures du matin.

Autopsie. — 7 août.

Le ventre est violacé au niveau de la région hypogastrique et des deux fosses iliaques. A l'ouverture de l'abdomen on relève les intestins et on va de suite au bassin. On constate un hématome infiltrant le tissu cellulaire des parois du bassin, remontant de chaque côté en suivant le psoas et les vaisseaux iliaques primitifs jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. On ne peut reconnaître grand'chose dans la région vésicale. Toute la région opératoire est méconnaissable, complètement putréfiée.

Vessie : ouverte, contient une très petite quantité d'urines noirâtres avec des caillots, un caillot allongé se trouve dans l'urètre.

Reins : peu volumineux, surtout le droit. De coloration gris rougeâtre. Capsule adhérente. Nombreux petits kystes à contenu clair. A la coupe, le parenchyme est induré et la couche corticale est très diminuée.

Foie : peu modifié, un peu jaunâtre. Plaques de putréfaction.

Rate : rien de particulier.

Cœur : léger épanchement dans le péricarde. Le cœur est augmenté de volume, de coloration grisâtre. Les parois ventriculaires sont épaissies. La valvule mitrale est dure, comme cartilagineuse.

Poumons : les plèvres contiennent un épanchement assez abondant. Ils sont d'une coloration gris pâle. A la coupe, il s'écoule une sérosité abondante spumeuse. Aux deux bases, foyers de congestion.

OBSERVATION VI.

Hypertrophie prostatique.

Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-quatorze ans, entre service Civiale, le 30 août 1910, pour rétention d'urine complète durant depuis un mois.

Jusqu'à il y a six mois le malade dit ne jamais avoir rien constaté d'anormal dans ses mictions. Depuis ce moment il éprouve une difficulté croissante pour uriner, mais surtout ses mictions deviennent très fréquentes, huit à dix fois le jour, la nuit toutes les demi-heures. Les urines sont troubles et laissent un dépôt assez épais au fond du vase. Le 2 août, pendant la nuit, rétention brusque sans cause apparente. Le malade se fait sonder. Depuis il lui est impossible d'uriner. Malgré ses efforts il n'arrive à expulser que quelques gouttes d'urine et parfois rien. Aussi doit-il continuer à se faire sonder deux fois par jour.

Antécédents. — Pas de maladie vénérienne. Fluxion de poitrine à l'âge de vingt-deux ans. Depuis, jamais de maladie grave.

Examen. — Bronchite chronique. Rien au cœur.

Urètre : libre à la sonde béquille n° 20. Longueur du canal est de 19 centimètres.

Vessie : en rétention. On retire 1.400 grammes d'urines un peu troubles. Lavage vésical au nitrate d'argent. Le malade ne saigne pas. On laisse la sonde à demeure. Les urines contiennent un peu d'albumine.

Prostaste : au toucher rectal est régulière, lisse, bien limitée, non douloureuse, peu volumineuse.

Cystoscopie : vessie à colonnes. Lobe médian de la prostate très saillant.

Épreuve du bleu de méthylène, 7 septembre. Élimination régulière, soixante heures.

Opération. — 10 septembre 1910. M. Henry.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms. L'ablation est un peu pénible à cause du petit volume de la prostate, Lobe médian vésical très développé. Poids 49 grammes.

Résultats immédiats. — 12 septembre. Pas de fièvre. Ablation des mèches. Urines encore sanguinolentes.

14 septembre. Les urines sont claires. Escarre à la fesse droite de la dimension d'une pièce de 5 francs.

15 septembre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure. Un peu d'œdème de la verge.

19 septembre. Œdème des bourses et des pieds. Le malade, qui avait repris l'alimentation normale, est mis au régime lacté.

22 septembre. Les œdèmes ont presque disparu. Le malade se lève.

30 septembre. Frisson dans la journée. Le lendemain, température : 39 degrés; malade très oppressé. Congestion pulmonaire bilatérale. On fait appliquer des ventouses. Huile camphrée. La température reste autour de 38 degrés jusqu'au 5 octobre, où elle retombe à la normale.

6 octobre. Ablation de la sonde à demeure.

12 octobre. Le malade, qui a été un peu mouillé pendant trois jours, est au sec. Plaie presque entièrement cicatrisée. Escarre fessière guérie.

Résultats éloignés. — Le malade retient parfaitement ses urines la nuit, mais, le jour, incontinence presque complète. De plus, presque sitôt l'ablation de la sonde à demeure, le cathétérisme devient très difficile. Dilatation aux Béniqués tous les deux jours.

23 octobre. L'œdème des pieds reparaît. Les urines contiennent un peu d'albumine. On constate une petite escarre au talon droit. Le malade doit reprendre le lit et est remis au régime lacté.

4 novembre. L'escarre est guérie. Le malade recommence à se lever.

12 novembre. Le malade quitte l'hôpital. On a passé le Béniqué 5o. L'incontinence a diminué, mais, pour l'éviter complètement, le malade doit uriner toutes les heures.

Revu le 14 décembre 1910. État général excellent, mais incontinence complète. La nuit et le matin, le malade a cependant quelques mictions volontaires. Cicatrice souple. Toucher rectal indique une zone d'induration mal limitée à droite de la région prostatique. Urètre libre pour une sonde béquille n° 18. On peut injecter 300 grammes d'eau dans la vessie. Si on prie le malade d'uriner après retrait de la sonde, le jet est assez fort, mais très irrégulier. Le malade ne peut l'interrompre complètement. Malgré ses efforts, l'écoulement persiste. La sonde, introduite de nouveau, ramène un résidu de 40 grammes environ.

Revu le 15 juin 1911 (neuf mois après son opération). Bon état général, mais le malade se plaint toujours de sa bronchite. Incontinence presque complète le jour. Cependant quelques mictions

volontaires. Continence parfaite la nuit, mais le malade doit uriner trois fois en moyenne. Il porte toujours un appareil. Il est impossible de cathétériser le canal : aussi passe-t-on une filiforme qu'on laisse en place et le long de laquelle on introduit successivement des bougies n° 9, 11, 14 et 16. On peut alors faire pénétrer dans la vessie une sonde bougie n° 15, avec laquelle on injecte 300 grammes de liquide. Le malade éprouve alors un besoin très vif d'uriner. Miction volontaire une fois la sonde retirée. Un nouveau cathétérisme ramène 30 grammes de résidu. Cicatrice régulière, souple. Au toucher rectal, on ne sent plus aucune induration. Le malade doit revenir se faire dilater.

OBSERVATION VII.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale. Plaie rectale.

Homme de soixante-quinze ans entre service Civiale le 12 août 1910 pour rétention incomplète chronique.

Début il y a deux ans par une crise de rétention complète pour laquelle le malade vient à la consultation. On le sonde facilement. La prostate n'est pas très grosse. On lui conseille de se sonder régulièrement. Nouvelle crise semblable un an après, le 5 avril 1909. Les urines deviennent alors un peu troubles. Depuis ce moment, le malade se sonde régulièrement deux fois par jour. Entre temps, il a quelques mictions volontaires, surtout la nuit, où il doit se lever trois ou quatre fois. Aucune douleur. Urines constamment troubles. Le 10 août 1910, le malade revient à la consultation parce que sa sonde ne passe plus. Il entre le 12 dans le service.

Antécédents. — Aucune maladie grave antérieure.

Pas de blennorragie.

Examen. — Malade pâle, d'aspect affaibli. Langue sèche. Soif constante.

Méat : Normal.

Urètre ; Une sonde béquille n° 21 passe facilement.

Longueur du canal, 19 centimètres.

Vessie : On évacue environ 300 grammes d'urines très troubles.

Prostate : Au toucher, la glande est sentie très grosse, régulière, bien limitée.

Cystoscopie : Le passage de l'instrument fait saigner abondamment le malade, ce qui empêche tout examen.

On met le malade au régime déchloruré et on le sonde trois fois par jour.

Au moment de l'entrée, la température est normale. A partir du 21 août, elle s'élève brusquement et reste pendant quatre jours entre 39 degrés et 40 degrés. Congestion pulmonaire, surtout à droite. Malade très abattu, ventouses sèches et scarifiées aux bases. La fièvre diminue lentement et la température tombe à la normale le 4 septembre.

Epreuve du bleu de méthylène satisfaisante le 8 septembre.

Les mictions volontaires sont redevenues normales. Le malade n'est plus sondé. Urines encore un peu troubles.

Opération. — 14 septembre 1910. M. Henry.

Prostatectomie périnéale par voie latérale, suivant la technique de Wilms. En dégageant la glande en arrière, on effondre la paroi rectale sur 1 centimètre et demi environ. Le rectum était dilaté par un amas de matières, et le malade, insuffisamment endormi, poussait un peu. La prostate est enlevée d'une pièce. Poids, 108 grammes. Suture par la plaie périnéale de la paroi musculaire du rectum par trois points de catgut n° 2. Après dilatation de l'anus, une valve est introduite et on complète par un surjet au catgut n° 0 sur la plaie de la muqueuse. Drain et mèche rectaux. Tube et mèches comme habituellement dans la plaie périnéale.

Résultats immediats. — Le soir de l'opération, température : 38 degrés.

16 septembre. Ablation des mèches. Le malade est faible. Huile camphrée. Le tube fonctionne bien. Urines sanglantes.

17 septembre. Les urines s'éclaircissent. Température normale.

19 septembre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure.

20 septembre. Ablation du drain rectal. Purgation.

21 septembre. Muguet buccal. Léger sphacèle de la plaie. Deux petites escarres sacrées. Une petite quantité des matières passent par la plaie.

24 septembre. La plaie bourgeonne bien. La sonde fonctionne régulièrement. Urines claires. Les matières passent de moins en moins par le périnée.

30 septembre. La plaie rectale est fermée depuis la veille.

1er octobre. Le malade se lève. Il est en excellent état. Il mange avec appétit, a engraissé.

6 octobre. Ablation de la sonde à demeure. Une partie minime

des urines s'écoule par la plaie. La presque totalité est évacuée volontairement par l'urètre.

9 octobre. Toutes les urines sont évacuées par des mictions volontaires. Le malade n'est plus mouillé.

Résultats éloignés. — 26 octobre. Le malade, avec un état excellent, quitte l'hôpital. La plaie est cicatrisée complètement. Les urines sont claires. On passe facilement une sonde n° 2. Sitôt après la miction, on constate la présence d'un résidu de 60 grammes. Le toucher rectal permet de vérifier la cicatrisation complète de la paroi, qui est souple.

Revu le 14 décembre 1910. Mictions volontaires normales. Cependant, certains jours, après une fatigue exagérée, surtout la station debout prolongée, le malade laisse échapper involontairement quelques gouttes d'urine. Une miction la nuit. Très bonne santé. Embonpoint marqué. Une sonde n° 20 passe facilement dans le canal. La vessie a une capacité de 200 grammes, résidu nul. Toucher rectal. Rien de particulier.

20 janvier 1911. Le malade est toujours très bien. Pas d'incontinence. Il revient parce que, fréquemment, après avoir uriné, un peu d'urine continue à s'écouler, mouillant ses vêtements. Une sonde n° 20 ne passe pas. Une 18 non plus. Plusieurs béniqués sont essayés, le n° 30 seul passe. On recommande au malade de se faire dilater.

Revu le 18 juin 1911. Le malade ne porte pas d'appareil. Bon état général. Il n'a pas pu venir se faire dilater. Peu d'incontinence vraie, mais le soir ou la nuit, au moment du premier sommeil, il part involontairement quelques gouttes. Cela n'arrive pas, du reste, s'il urine assez souvent, environ toutes les deux heures le jour et trois à quatre fois la nuit. L'urètre est impossible à cathétériser; on peut cependant passer une filiforme. Le malade va venir se faire dilater.

OBSERVATION VIII.

Hypertrophie prostatique et calculs vésicaux multiples. Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-cinq ans, entre service Civiale le 8 septembre 1910 pour difficulté et fréquence des mictions.

Début il y a huit mois environ. Le malade éprouve de la peine

pour uriner, mais surtout les mictions deviennent fréquentes, toutes les heures le jour et trois ou quatre fois la nuit; elles sont douloureuses avec sensation de brûlure dans le canal. Les urines sont troubles avec dépôt rougeâtre, jamais d'hématurie. Malgré un traitement médical, la fréquence des mictions augmentant, le malade entre dans le service. Jamais de crise de rétention.

Antécédents. — Jamais de maladie antérieure grave.

Blennorragie à l'âge de dix-huit ans.

Examen. — Malade gras. État général bon. Rien aux poumons ni au cœur.

Méat : Normal.

Urètre : La sonde béquille n° 21 passe facilement. Longueur du canal : 18 centimètres; il saigne facilement.

Vessie : Résidu vésical = 60 grammes d'urines troubles. Avec l'explorateur simple on constate un frottement et avec l'explorateur métallique un léger cliquetis.

Prostate : Au toucher rectal, augmentée de volume, bien limitée. Le lobe gauche est plus gros que le droit. Consistance plutôt un peu molle.

Cystoscopie : Il faut abaisser beaucoup le cystoscope. On voit de nombreux petits cailloux polygonaux à facettes, blanchâtres, surtout situés à gauche.

L'épreuve du bleu de méthylène, faite le 10 septembre, est satisfaisante; élimination régulière comme intensité et comme durée.

Lavages vésicaux à l'oxycyanure. Le 13 septembre la température monte à 39°2. Urines très sales. Mictions pénibles et très fréquentes.

Opération. — 14 septembre 1910. M. Henry.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'une pièce. Poids : 59 grammes. Ablation de 60 cailloux environ, de la grosseur d'un pois à une olive.

Résultats immédiats. — La température à 38 degrés avant l'opération est à 38°2 le soir.

15 septembre. Les mèches tombent d'elles-mêmes. Urines très sanglantes. Le malade est un peu pâle. 500 centimètres cubes de sérum, huile camphrée. Température 37°8 et 37°9.

18 septembre. Le malade est bien. Température tombée à la normale. Urines ne contiennent plus de sang. Ablation du tube et mise en place de la sonde à demeure. Purgation.

21 septembre. Urines un peu troubles. Lavage vésical au nitrate

d'argent. Un peu de sphacèle de la plaie. Muguet buccal. Le soir, la température monte à 38°6 et on constate une orchite droite.

23 septembre. La température est redescendue à la normale. Le testicule est à peine douloureux. La sonde est tombée dans la nuit. Hémorragie légère par la plaie. Dans le pansement on trouve trois petits calculs sortis par la plaie. On replace la sonde avec le mandrin.

24 septembre. On constate l'issue de matières en petite quantité par la plaie et on trouve une petite fistule rectale à 4 centimètres environ de l'anus.

26 septembre. Dans la nuit, petite hémorragie par la plaie.

27 septembre. La sonde fonctionne mal. Le malade est très mouillé.

28 septembre. La sonde est replacée au moyen du mandrin, mais avec difficulté. On doit s'y reprendre à plusieurs fois et ne mettre qu'un 18.

2 octobre. Hémorragie assez importante par la plaie. Le malade est très mouillé par l'urine. 400 centimètres cubes seulement passent par la sonde.

3 octobre. La sonde est replacée avec le mandrin. Les matières passent par la plaie. Le malade se lève le lendemain.

9 octobre. La sonde fonctionne mal encore une fois. Pendant deux jours la température s'élève entre 38 degrés et 39 degrés. Un peu de congestion pulmonaire à droite. Ventouses sèches. Le malade reste au lit.

13 octobre. Le malade n'est plus mouillé. Ablation de la sonde à demeure.

Résultats éloignés. — Pendant deux jours encore, quelques gouttes d'urine s'écoulent par le périnée. Les jours suivants, mictions régulières et volontaires quand le malade est couché, mais quand il est debout il perd involontairement ses urines au moment des efforts, mouvements brusques, toux, éternuements. On le dilate aux Béniqués jusqu'au n° 52.

Le 26 octobre, le malade quitte l'hôpital bien portant. Les urines sont claires, 3 et 4 mictions volontaires par jour quand le malade est couché, jet fort bien calibré, qui s'arrête bien au commandement; mais debout, incontinence presque complète. Plaie bien cicatrisée. Toucher rectal montre la paroi antérieure souple. La fistule est bien fermée. Le testicule droit est resté un peu gros.

Revu le 16 janvier 1911. Pas d'incontinence la nuit, mais toujours incontinence le jour. Le malade porte un appareil de réserve. Très bon état général. L'urètre n'est perméable qu'avec une bougie

n° 16. Avec une sonde de même calibre on pénètre dans la vessie et 50 grammes environ d'urines s'écoulent. On injecte 200 grammes d'eau que le malade retient bien une fois la sonde retirée, mais il est couché. On le prie d'uriner.. Le jet est fort, mais le malade ne peut l'arrêter complètement à son gré. Un nouveau cathétérisme montre un résidu de 60 grammes environ.

On conseille au malade de se faire dilater.

Revu le 15 juin 1911 (neuf mois après l'opération). État général excellent. Rhumatisme chronique des deux genoux pour lequel on a mis des pointes de feu.

Le malade n'a plus d'incontinence sauf quand il attend trop pour uriner. Alors quelques gouttes s'échappent sans qu'il puisse les retenir. Il ne porte plus d'appareil de réserve. Il urine toutes les deux heures environ le jour et deux ou trois fois la nuit. Le cathétérisme de l'urètre est difficile. Cependant une sonde Nélaton n° 18 passe bien. Voilà trois mois, du reste, que le malade ne se fait plus dilater. L'envie d'uriner est impérieuse, avec 300 grammes de liquide. Après miction volontaire normale, un nouveau cathétérisme ramène un résidu de 80 grammes. Cicatrice régulière.

OBSERVATION IX.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-huit ans, entre service Civiale le 2 septembre 1910 pour rétention d'urine complète.

Le début de l'affection date de cinq ans. Le malade constate que peu à peu ses mictions deviennent difficiles et plus fréquentes. Il y a trois ans crise de rétention aiguë pour laquelle le malade vient se faire sonder à la consultation. La crise ne dure que vingt-quatre heures. Depuis ce moment, les mictions deviennent particulièrement difficiles, surtout le matin au réveil. Depuis un an, rétention incomplète; le malade urine toutes les heures le jour, trois ou quatre fois la nuit.

Le 31 août, crise de rétention aiguë après un déjeuner copieux avec vins, apéritifs. A 9 heures du soir, le malade se voit dans l'impossibilité d'émettre une goutte d'urine. Il vient à Lariboisière à 3 heures du matin pour se faire sonder. On évacue un litre et demi d'urine environ. Le lendemain, la rétention continue, et à

6 heures du soir il vient se faire sonder. Le lendemain matin, 2 septembre, il entre salle Civiale.

Antécédents. — Jamais de maladie grave antérieure. Blennorragie à vingt ans. Pas de syphilis.

Examen. — État général médiocre. Facies pâle. Langue un peu sèche. Pas de température. Rien au cœur. Poumons présentent quelques râles de bronchite. Hernie inguinale gauche depuis l'âge de trente ans. Hydrocèle vaginale gauche volumineuse datant de deux ans.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde béquille n° 18 est arrêtée dans l'urètre prostatique. Le malade se met à saigner abondamment. A chaque nouvel essai, au nombre de cinq, même urétrorragie. On réussit enfin à passer une sonde droite n° 13.

Vessie : On évacue ainsi 700 à 800 grammes d'urine foncée à odeur forte.

Prostate : Le toucher est gêné par des hémorroïdes procidentes assez volumineuses.

La glande est lisse, régulière, bien limitée, moyennement grosse.

Le malade continuant à saigner, on lui met le lendemain une sonde à demeure n° 15 qu'on laisse trois jours. Les urines sont alors claires.

Epreuve du bleu de méthylène. Élimination régulière. Début un peu retardé.

Opération. — 19 septembre 1910. M. Baudet.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms. La prostate est retirée en deux fragments dont un porte un lobe vésical très développé. Poids 65 grammes.

Résultats immédiats. — 20 septembre. Urines sanglantes. Le tube fonctionne bien. Température normale. Ablation des mèches et lavage de la plaie.

22 septembre. Les urines ne sont plus colorées par le sang.

23 septembre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure. Les jours suivants aucun incident, jamais de température. La sonde fonctionne bien, urines claires. Mais le malade est faible, sans énergie.

5 octobre. On oblige le malade à se lever, mais il est vite fatigué. Il mange peu.

9 octobre. Ablation de la sonde à demeure. Le malade n'est pas mouillé et urine convenablement par la verge.

11 octobre. En faisant effort pour aller à la selle, le malade s'est

senti mouillé et, depuis, une partie des urines s'écoule par le périnée. On remet une sonde à demeure.

20 octobre. Ablation définitive de la sonde à demeure. La plaie périnéale est cicatrisée et présente de petits bourgeons charnus qu'on brûle au nitrate d'argent.

Résultats éloignés. — Les jours suivants, le malade, parfaitement continent la nuit, présente un peu d'incontinence diurne quand il attend trop avant d'uriner. On le dilate aux Béniqués jusqu'au n° 58.

14 novembre. Le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. Excellent état général. Il a engraissé notablement. La plaie est parfaitement cicatrisée. Urines claires. Aucune incontinence, mais les mictions sont assez fréquentes, toutes les heures et demie environ et deux fois la nuit. Le cathétérisme est facile. La vessie a une capacité de 200 centimètres cubes, sans résidu.

Revu le 11 février 1911 le malade va toujours parfaitement bien. Il n'a pas d'incontinence, mais doit uriner toutes les deux heures le jour et deux fois la nuit. Urines claires. Le cathétérisme de l'urètre est fait avec une sonde n° 18. Bonne contractilité vésicale, pas de résidu.

Revu le 15 juin 1911 (neuf mois après l'opération). Excellent état général. Aucune incontinence. Le cathétérisme de l'urètre est facile avec une sonde Nélaton n° 18. L'envie d'uriner naît à 250 grammes et devient impérieuse à 300 grammes. La sonde retirée, la miction s'effectue normalement, le jet est fort, bien calibré. On ne ramène ensuite aucun résidu. Le malade est toujours porteur d'une volumineuse hydrocèle gauche qu'il va faire opérer.

OBSERVATION X.

Hypertrophie prostatique.

Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-cinq ans, entre service Civiale, le 1er septembre 1910, pour rétention d'urine complète.

Début il y a dix ans par fréquence des mictions qui surviennent toutes les heures le jour et trois ou quatre fois la nuit. Cette fréquence va en augmentant jusqu'à dix à douze fois la nuit. Depuis huit mois quand le malade reste trop longtemps sans uriner il éprouve de violentes douleurs dans la vessie et une difficulté très

grande pour commencer à uriner, mais jamais de rétention complète.

Le 28 août 1910, après un refroidissement, rétention complète. Il reste deux jours ainsi en n'émettant que quelques gouttes d'urine. Il va à Tenon le 30. On évacue de sa vessie environ un litre et demi d'urines claires au dire du malade. Le 31 il vient à la consultation de Civiale, mais en retard. Il reste donc ainsi toute la journée urinant par gouttes avec beaucoup de difficulté. Il est admis dans le service le lendemain matin.

Antécédents. — Jamais de maladie grave antérieure. Ni blennorragie, ni syphilis. Hémorroïdes depuis trente et un ans, saignent habituellement. Constipation opiniâtre.

Examen. — Malade maigre, d'aspect peu vigoureux.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde béquille n° 21 passe facilement. Longueur du canal 20 centimètres.

Vessie : est distendue par une volumineuse rétention qu'on évacue en partie en remplaçant le liquide évacué par de l'oxycyanure. Nitrate d'argent à la fin, car les urines sont troubles.

Prostate : très volumineuse, dure, à surface un peu bosselée, mais bien limitée. Hémorroïdes procidentes partiellement irréductibles. On sonde le malade quatre fois par jour.

Du 13 au 23 septembre, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Congestion pulmonaire double. Ventouses sèches et scarifiées.

Le 25 septembre. Cystoscopie. Vessie à colonnes Saillie prostatique volumineuse. Épreuve du bleu de méthylène, élimination un peu irrégulière, mais non prolongée. Le malade n'a toujours pas de mictions. On le sonde trois fois par jour; urines à peu près claires.

Opération. — 28 septembre 1910. M. Baudet.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms. La prostate très volumineuse est difficile à amener dans la plaie et doit être luxée au moyen de pinces à traction. Poids 108 grammes. Hémorragie légère qui cède de suite au tamponnement.

Résultats immédiats. — 29 septembre, température 38 degrés, le tube fonctionne bien. Urines sanglantes.

30 septembre. Ablation des mèches. Le soir, température 38°4. Le malade est un peu faible et tousse. Ventouses, huile camphrée.

2 octobre. Température toujours autour de 38 degrés. Le tube

fonctionne bien. Les urines ne contiennent plus de sang, mais sont très troubles. Lavage vésical par la verge.

5 octobre. La température est tombée à 37 degrés. Les urines sont claires. Ablation du tube, mise en place de la sonde à demeure.

8 octobre. Elévation de température à 39, 40°2. On constate une orchite gauche. La fièvre baisse ensuite graduellement et la température est normale le 11 octobre.

15 octobre. Le malade, qui se sent bien, se lève. État général excellent. Bon appétit.

17 octobre. Nouvelle élévation de température à 38 et 39 degrés. Bronchite avec un peu de congestion à la base gauche. Urines de nouveau troubles, foncées, un peu rares. Ventouses. Régime lacté. Urotropine.

22 octobre. La température est redevenue normale. Ablation de la sonde à demeure, la plaie périnéale est presque cicatrisée. Les urines sont encore légèrement troubles. La bronchite persiste. Le malade est ventousé tous les deux jours.

Résultats éloignés. — A partir de ce moment le malade qui est parfaitement continent dans le décubitus dorsal, présente une incontinence complète quand il est levé. Dans toute la journée il n'a pas une seule miction volontaire. On le dilate aux Béniqués jusqu'au n° 38, mais sans aucune amélioration.

Il quitte l'hôpital le 7 décembre avec un appareil de réserve.

Revu le 10 mars 1911, le malade est en très bon état, mais l'incontinence est complète, même la nuit. Le gland présente de petites ulcérations dues au contact permanent de l'urine. On passe facilement une sonde bougie n° 18. La capacité vésicale est de 200 centimètres cubes environ. La sonde retirée le liquide s'écoule sans que le malade puisse s'y opposer. A gauche le testicule est encore un peu sensible.

OBSERVATION XI.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-dix-neuf ans entre service Civiale le 26 septembre 1910, pour fréquence des mictions et urines troubles.

Début il y a six ans. Le malade est obligé de se lever la nuit pour uriner et constate que le matin au réveil le début de la miction est

particulièrement pénible. Peu à peu la fréquence des mictions augmente jusqu'à quatre fois la nuit et toutes les heures le jour. L'année dernière en août, rétention d'urine complète qui dure trois jours. Depuis ce moment le malade doit se sonder lui-même deux fois par jour. Au mois de mars de cette année le malade est pris de fièvre avec frissons, soif intense, et doit garder le lit pendant un mois. Depuis cette crise ses urines restent troubles. Le 20 septembre nouvelle crise fébrile pour laquelle le malade entre à l'hôpital.

Antécédents. — Rhumatisme articulaire aigu à vingt-deux ans.

Blennorragies à dix-neuf et vingt-neuf ans, guéries sans complications.

Depuis très longtemps, sans qu'il puisse préciser la date, il est facilement essoufflé et a souvent les jambes enflées.

Examen. — Etat général défectueux. Langue sèche, soif vive. Pouls 104, température 38°6.

Œdème léger des pieds et des chevilles.

Quelques gros râles dans les poumons. Cœur rapide, arythmique, mais pas de localisation valvulaire.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde béquille n° 19 passe facilement. Longueur du canal 21 centimètres.

Vessie : On évacue aussitôt après une miction volontaire 150 grammes d'urines très troubles. Les dernières gouttes sont du pus presque pur.

Prostate : Volumineuse, saillante dans le rectum, un peu molle, mais régulière et bien limitée.

On sonde le malade deux fois par jour. Lavages de vessie au nitrate d'argent, ventouses, régime lacté.

28 septembre. La température est normale. Le malade se sent bien. L'œdème des jambes a presque complètement disparu. Les urines s'éclaircissent. On met le malade au régime déchloruré.

29 septembre. Epreuve du bleu de méthylène. Elimination intermittente et de courte durée. Le bleu disparaît des urines au bout de seize heures. L'intensité reste faible pendant toute l'élimination.

Le malade réclamant l'opération et son état s'étant très amélioré, on se décide à la prostatectomie.

Opération. — 30 septembre 1910. M. Cotillon.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'une pièce, mais à cause de son volume

son extraction est très pénible. On doit l'attirer avec deux pinces à traction. Poids 108 grammes. Hémorragie assez abondante qui cède au tamponnement.

Résultats immédiats. — Le soir, le malade est assez bien, quoique très pâle. Pouls régulier à 90. Température 37°4. Urines sanglantes mais assez abondantes. Huile camphrée.

1er octobre. Le malade est oppressé. Les urines sont sanglantes et un peu rares. Le soir, pouls 96, un peu irrégulier. Température 38 degrés. L'œdème des membres inférieurs a reparu. Caféine, huile camphrée, ventouses.

2 octobre. Malade très pâle. Les urines contiennent moins de sang mais sont peu abondantes. Dyspnée intense. La poitrine est pleine de gros râles humides perceptibles jusqu'aux sommets. Cœur très arythmique. Œdème des deux jambes remontant aux genoux. Température 39 degrés. Pouls 98, mal frappé, avec des arrêts fréquents. Huile camphrée, caféine, ventouses sèches et scarifiées.

3 octobre. Le malade est très faible, toujours très oppressé. Ablation des mèches. Il y a un peu de pus au fond de la plaie. Lavage au permanganate. Les urines ne contiennent plus de sang mais sont très rares. L'œdème remonte aux cuisses. Le soir, la température tombe à 37 degrés. Pouls à 92 avec arrêts fréquents. Le malade a du hoquet.

4 octobre. Mort à six heures et demie du matin.

Autopsie. — N'a pu être faite.

OBSERVATION XII.

Hypertrophie prostatique.

Prostatectomie périnéale par voie latérale (1).

Homme de cinquante-deux ans entre salle Chassaignac le 26 septembre 1910 pour mictions fréquentes surtout la nuit.

Début il y a deux ans. Le malade éprouve de la gêne au début de la miction en même temps qu'il doit se relever la nuit pour uriner,

(1) Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Dr Baudet, notre maître, qui nous a autorisé à publier cette observation et qui avait bien voulu nous permettre de pratiquer nous-même trois prostatectomies par ce procédé.

une fois puis deux fois. Peu à peu la fréquence augmente même le jour. Les urines restent cependant toujours claires. Au moment de son entrée il urine trois ou quatre fois la nuit et toutes les deux heures le jour. Depuis le mois de mai, le malade, qui souffre d'hémorroïdes depuis l'âge de dix-sept ans, ressent de la pesanteur au niveau du fondement, ses hémorroïdes augmentent de volume et saignent assez abondamment.

Examen. — Malade amaigri, pâle. N'a jamais été malade. Rien au cœur ni aux poumons.

Méat : Normal.

Urètre : On passe facilement une sonde béquille n° 20. Longueur du canal 19 centimètres.

Vessie : Sitôt après une miction le cathétérisme ramène un résidu de 80 grammes. Urines claires, très légèrement troubles à la fin.

Prostate : Le toucher rectal est gêné par la présence de trois bourrelets hemorroïdaires, rouges violacés, durs, un peu douloureux. On sent au-dessus la glande augmentée moyennement de volume, lisse, régulière, bien limitée.

On met le malade au repos avec bains de siège, suppositoires.

Epreuve du bleu de méthylène, est satisfaisante en tous points. Elimination régulière comme intensité et comme durée.

Opération. — 7 octobre 1910. M. Baudet.

Prostatectomie périnéale avec incision latérale suivant la technique de Wilms. Ablation séparée de chacun des lobes. Poids 60 grammes. Suintement sanguin insignifiant qui cède aussitôt au tamponnement.

Résultats immédiats. — 8 octobre. Le malade est bien. Température 37°8. Le tube fonctionne bien. Urines sanglantes.

9 octobre. Ablation des mèches. Les urines ne sont presque plus colorées.

12 octobre. Ablation du tube qui a très bien fonctionné, mise en place de la sonde à demeure, température normale, urines claires. Purgation.

14 octobre. Très bon état général. Le malade mange bien. Il est un peu mouillé. On change de sonde.

17 octobre. Le malade se lève.

20 octobre. Ablation de la sonde à demeure.

Résultats éloignés. — Les deux jours suivants, le malade perd encore un peu d'urine par le périnée. Puis il urine complètement par la verge. Le 28 octobre, la plaie périnéale est presque entièrement cicatrisée. Continence parfaite la nuit, mais le jour, bien

qu'ayant plusieurs mictions normales, le malade perd au moment des efforts une petite quantité d'urine. C'est dans cet état qu'il quitte l'hôpital le 2 novembre.

Revu le 15 décembre 1910. Bon état général, mais incontinence d'effort le jour. Les hémorroïdes ont presque complètement disparu. On passe facilement une sonde molle n° 16, qui, sitôt après une miction, ne ramène pas de résidu. Le jet d'urine est mince. On commence à dilater le malade aux Béniqués armés. Le 29 décembre on est arrivé au n° 48. Grande amélioration, mais on doit interrompre les dilatations, car le malade part en province.

OBSERVATION XIII.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de cinquante-sept ans entre service Civiale le 1er octobre 1910, pour mictions fréquentes, urines troubles et fièvre.

Début il y a seize mois. Les mictions deviennent difficiles mais surtout fréquentes jour et nuit. En janvier 1910, sans raisons, rétention d'urine complète qui cède après deux cathétérismes. Mais les mictions restent fréquentes toutes les heures le jour, et 4 ou 5 fois la nuit. Le 1er octobre, le malade vient avec des urines troubles, un peu de fièvre, des frissons. On l'admet dans le service.

Examen. — Homme vigoureux, n'a jamais fait de maladie grave. Rien aux poumons ni au cœur.

Méat : Normal.

Urètre : Laisse facilement passer une sonde n° 20. Longueur du canal, 18 centimètres.

Vessie : Après la miction on évacue environ 400 grammes d'urine dont les dernières gouttes sont presque purulentes.

Prostate : Assez volumineuse, régulière, bien limitée.

Cystoscopie : Montre une saillie prostatique très marquée.

Epreuve du bleu de méthylène. Elimination irrégulière, un peu prolongée.

Depuis son entrée le malade n'a plus de fièvre. On le sonde une fois par jour et on lui fait un lavage vésical.

Opération. — 14 octobre 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'un bloc. Poids 64 grammes, lobe vésical très prononcé.

Résultats immédiats. — 16 octobre. Ablation des mèches. Le tube fonctionne bien. Urines sanglantes. Le soir température 38°2.

18 octobre. Température normale. Le malade est bien. Urines encore un peu colorées par le sang. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure.

19 octobre. La sonde fonctionne bien. Le sang a disparu des urines. Purgation.

23 octobre. Le malade est un peu mouillé. La sonde déplacée est changée et remise en place au moyen du mandrin.

24 octobre. Les urines sont assez troubles, mais sans élévation de température. Le malade se lève.

28 octobre. Ablation de la sonde à demeure. La plaie périnéale est à demi cicatrisée.

2 novembre. Élévation de température à 38°4. Orchite gauche.

Les jours suivants, la température reste élevée : le soir, 38°6, 39 degrés jusqu'au 10 novembre, où elle revient à la normale. Mais le testicule ne diminue pas, quoique moins douloureux. Il reste tuméfié et on perçoit à sa partie antéro-externe un peu de fluctuation. Incision le 18 novembre. Il s'écoule une certaine quantité de pus bien lié. Les jours suivants, la suppuration continue avec sphacèle dans la profondeur; aussi pratique-t-on le 24 novembre la castration gauche (M. Henry). Suites excellentes. Le 1er décembre, ablation des fils.

Le 5 décembre, le malade quitte l'hôpital en excellent état, sans incontinence. L'urètre est facile à cathétériser avec une sonde n° 20. Bonne contractilité vésicale, pas de résidu.

OBSERVATION XIV.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de 66 ans, entre service Civiale, le 12 octobre 1910, pour difficultés et fréquence des mictions.

Début il y a deux ans environ. Le malade est obligé de se lever la nuit pour uriner. Les mictions deviennent difficiles et fréquentes même le jour. Urines toujours claires, jamais de sang. La fré-

quence augmentant, quatre et cinq fois la nuit et toutes les deux heures le jour, le malade vient consulter et est admis dans le service.

Examen. — Bon état général. Rien aux poumons ni au cœur.

Méat : Normal.

Urètre : Cathétérisme facile avec une sonde béquille n° 20. Longueur du canal : 20 centimètres.

Vessie : Sitôt après la miction, on trouve un résidu de 60 grammes environ d'urines claires.

Prostate : Très volumineuse, tendue, lisse, bien limitée, bombant dans le rectum.

Epreuve du bleu de méthylène. Élimination régulière. Durée : trois jours.

Opération. — 19 octobre 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée d'un bloc, mais à cause de son volume on doit l'attirer dans la plaie avec des pinces à traction. Poids : 120 grammes.

Résultats immédiats. — 20 octobre. Urines abondantes, sanglantes. Le malade a vomi beaucoup. Température, 37°6.

21 octobre. Urines encore sanglantes. Ablation des mèches. Température le soir, 38 degrés. Le malade tousse un peu. Ventouses.

23 octobre. Les urines ne contiennent plus de sang. Le tube fonctionne bien. Température normale. Le malade se sent bien.

24 octobre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure. Purgation.

Les jours suivants, la sonde fonctionne bien, le malade s'alimente et se lève le 31 octobre.

7 novembre. Ablation de la sonde à demeure. La plaie périnéale est presque fermée.

Les jours suivants, le malade n'est pas mouillé et urine convenablement par la verge. Aucune incontinence.

11 novembre. Le malade, très constipé, fait des efforts violents en allant à la selle, et sa vessie se rouvre. Il est très mouillé toute la nuit.

12 novembre. On remet une sonde à demeure qu'on enlève le 21 novembre. Il reste une petite ouverture périnéale obturée par un bourgeon mou qu'on enlève. Cautérisation au nitrate d'argent. Pendant deux jours, le malade n'est pas mouillé et urine seule-

ment par la verge, mais il y a un peu d'incontinence le jour quand le malade est debout.

24 novembre. Sans cause apparente, la fistule périnéale se rouvre et la presque totalité des urines s'écoule par là. On remet la sonde à demeure qui est définitivement enlevée le 3 décembre.

Résultats éloignés. — Fermeture complète de la fistule périnéale, mais incontinence d'urine presque totale. On dilate le malade aux Béniqués jusqu'au n° 56. Grande amélioration. Les urines sont parfaitement retenues, sauf dans les efforts un peu brusques, toux, éternuement, ou quand le malade attend trop avant de satisfaire son besoin. Alors il perd involontairement quelques gouttes d'urine. C'est ainsi qu'il quitte l'hôpital le 5 janvier 1911. A ce moment, la cicatrice périnéale est souple et régulière. Le mandrin est nécessaire pour cathétériser l'urètre, mais on passe facilement une sonde n° 18. La vessie a une bonne contractilité et le résidu est nul après garnissage à l'eau et miction volontaire. Le toucher rectal montre toutes les parties souples, sauf à gauche où on sent comme un cordon induré.

Revu le 15 juin 1911 (huit mois après l'opération). Bon état général. Mais le malade, continent la nuit, a été repris d'incontinence le jour, qui l'a forcé à se procurer un appareil de réserve. C'est peu à peu, dit-il, que l'incontinence a reparu, en même temps qu'une difficulté très grande pour uriner. Le cathétérisme de l'urètre est impossible, même avec une sonde Nélaton. On peut passer une filiforme, mais on ne peut, en se guidant sur elle, introduire aucune bougie. Le malade va rentrer dans le service pour subir une urétrotomie interne. Le rétrécissement siège très profondément au niveau du col vésical.

OBSERVATION XV.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-quinze ans, entre service Civiale, le 18 octobre 1910, pour rétention chronique incomplète.

Début il y a un an et demi. Les mictions deviennent difficiles et fréquentes la nuit, d'abord, puis nuit et jour. Il y a six mois, rétention complète aiguë durant deux jours. Depuis cette époque, le malade urine spontanément, mais très peu à la fois, et il est obligé

de se sonder lui-même trois fois par vingt-quatre heures. Il y a quinze jours, à la suite d'un cathétérisme, il a uriné environ un verre de sang pur. Les urines ont été sanglantes pendant trois jours. Depuis, il ne peut plus se sonder et n'a que quelques mictions peu abondantes.

Antécédents. — Pas de maladie grave antérieure.

Bronchite et emphysème. Le malade tousse habituellement.

Examen. — Malade pâle. Paraît affaibli. Langue sèche. Température, 38°2.

Méat : Normal.

Urètre : Présente une fausse route. On passe avec le mandrin et on laisse la sonde à demeure.

Vessie : Distendue. On évacue un litre environ d'urines sales, à odeur forte.

Prostate : Énorme et dure, mais régulière et bien limitée.

Sous l'influence de la sonde à demeure et des lavages vésicaux, la température baisse à la normale.

Épreuve du bleu de méthylène le 22 octobre. Régulière comme intensité et comme durée.

Opération. — 25 octobre 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est enlevée en deux morceaux. Poids, 140 grammes. Hémorragie légère qui cède aussitôt au tamponnement.

Résultats immédiats. — 26 octobre. La température remonte à 38 degrés. Urines sanglantes. Huile camphrée. Cependant, assez bon état général.

27 octobre. Les urines ne sont presque plus colorées par le sang. Ablation des mèches.

28 octobre. La température est redescendue à la normale. Le malade est très bien, bon fonctionnement du tube. Urines ne contiennent plus de sang, mais restent un peu troubles.

30 octobre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure. Purgation.

2 novembre. Le malade se lève. La sonde fonctionne bien. Température normale, bon appétit.

14 novembre. Ablation de la sonde à demeure. Le malade est très mouillé, aussi la remet-on le lendemain.

20 novembre. Ablation définitive de la sonde à demeure. Le malade urine en totalité par la verge.

Résultats éloignés. — 22 novembre. Légère incontinence d'urine

quand le malade est debout. On commence à le dilater aux Béniqués. La plaie périnéale est fermée.

9 décembre. Le malade quitte l'hôpital en très bon état. La plaie est parfaitement cicatrisée, les urines sont claires. L'incontinence a disparu, sauf quand le malade attend trop pour évacuer sa vessie. Pour être parfaitement continent le jour il doit uriner toutes les heures environ.

Revu le 11 juin 1911 (sept mois et demi après l'opération). Excellent état général. Il y a deux mois, avait été repris d'incontinence d'effort. On avait alors repris la dilatation qu'on a montée jusqu'au 56 Béniqué. Actuellement aucune incontinence. Il attend souvent trois heures et plus sans uriner, mais surtout quand il est assis, au repos. S'il marche, il doit uriner un peu plus souvent. Les urines sont claires. Le cathétérisme de l'urètre est facile avec une sonde molle n° 18. L'envie d'uriner est forte à 230 grammes. La miction est alors normale. Un nouveau cathétérisme ramène environ 50 grammes de résidu.

OBSERVATION XVI.

Hypertrophie prostatique.
Prostatectomie périnéale par voie latérale.

Homme de soixante-quatre ans, entre au service Civiale le 28 octobre 1910, pour rétention incomplète.

Début il y a dix-huit mois. Il commence à uriner trois ou quatre fois la nuit sans aucune douleur, ni trouble des urines. Peu à peu il est obligé d'uriner aussi fréquemment le jour. Le 6 janvier 1910, sans cause appréciable, il est atteint de rétention complète. Il se soigne seul chez lui et au bout de six jours les mictions normales reparaissent. Pendant cette rétention la température monte à 40 degrés, avec frissons. Il reste fébrile pendant un mois avec urines troubles, douleurs à la fin de la miction dans tout le canal, irradiées jusque dans les cuisses et dans les reins, perte d'appétit, soif constante. Peu à peu tout disparaît, les urines redeviennent claires, mais le malade reste faible et ne peut travailler jusqu'en juillet 1910. Au début de septembre il se sent de nouveau un peu fiévreux, il urine très difficilement et doit se sonder lui-même matin et soir. Il vient à la consultation où on l'admet dans le service.

Antécédents. — Pas de maladie grave antérieure.

Blennorragies, à quinze ans et à trente-cinq ans, sans complications.

Examen. — Rien aux poumons ni au cœur. Affaiblissement assez marqué, 37°8 de température le soir.

Méat : Normal.

Urètre : Une sonde n° 20 passe facilement. Longueur du canal 20 centimètres.

Vessie : On évacue un résidu de 150 grammes environ d'urines fortes en couleur, un peu troubles à la fin. Les dernières gouttes sont colorées par un peu de sang.

Prostate : Au toucher rectal ne semble pas très volumineuse. Elle est lisse, régulière, bien limitée.

Cystoscopie : Le cystoscope doit être enfoncé très profondément. On aperçoit la saillie volumineuse du lobe moyen très hypertrophié. Vessie à colonnes. Epreuve du bleu de méthylène, élimination régulière comme intensité et comme durée.

Opération. — 2 novembre 1910. M. Cunéo.

Prostatectomie périnéale par voie latérale suivant la technique de Wilms.

La prostate est retirée d'une pièce. Poids, 54 grammes.

Résultats immédiats. — 3 novembre. Le malade est très bien. Pas de température. Le tube fonctionne bien. Urines sanglantes.

4 novembre. Ablation des mèches. Urines encore colorées par le sang.

6 novembre. Les urines ne contiennent plus de sang; elles sont toujours un peu troubles. Le malade va bien.

7 novembre. Ablation du tube. Mise en place de la sonde à demeure. Purgation.

13 novembre. La sonde fonctionne bien. Le malade se lève.

20 novembre. Ablation de la sonde à demeure. Le malade urine par la verge.

24 novembre. La plaie périnéale est presque cicatrisée. Mictions volontaires normales.

25 novembre. A la suite d'efforts de défécation, l'urine passe à nouveau par le périnée. Le malade étant très mouillé, on remet la sonde à demeure mais très difficilement au moyen du mandrin. Le malade saigne.

5 décembre. Ablation de la sonde à demeure qui a mal fonctionné. La moitié des urines environ s'écoule par le périnée.

Résultats éloignés. — 11 décembre. La plaie périnéale est complètement cicatrisée. Très bon état général, mais le malade a une

incontinence d'urine complète. Couché il retient parfaitement ses urines.

On essaie de le dilater, mais on ne peut passer que de très fines bougies 7 et 8. Il saigne beaucoup. On arrive cependant à lui passer une bougie 14, quand pour affaires de famille le malade doit quitter l'hôpital. L'incontinence le jour est toujours complète. Il part avec un appareil de réserve.

Revu le 3 mai 1911. Le malade éprouve de grandes ditficultés pour uriner. Il revient consulter pour l'incontinence qui persiste jour et nuit. Il a cependant quelques mictions peu abondantes et surtout très difficiles. A l'exploration on ne peut passer qu'une petite filiforme qui fait constater un rétrécissement du col vésical.

8 mai. Urétrotomie interne.

10 mai. Ablation de la sonde.

Les jours suivants on dilate le malade jusqu'au Béniqué n° 55.

Le malade quitte à nouveau l'hôpital, le 29 mai, pour aller en convalescence à Vincennes. Il est très amélioré, mais a encore de l'incontinence le jour.

CHAPITRE II

Nous allons dans ce chapitre étudier dans un premier paragraphe les raisons anatomiques justifiant l'emploi du procédé de prostatectomie dont on vient de voir les observations, et dans un deuxième paragraphe la technique opératoire d'après Wilms. Nous terminerons par un certain nombre de remarques que nous a suggérées la pratique des seize cas précédents.

§ I

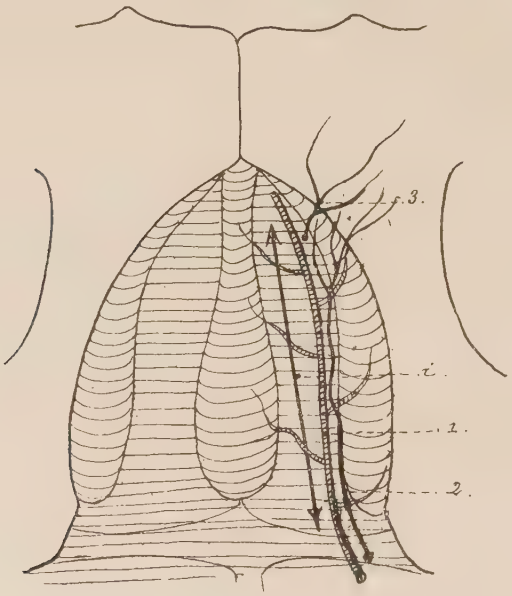
Raisons anatomiques.

Sans refaire l'anatomie complète du périnée, nous voulons rappeler en quelques mots les plans que l'opérateur aura à traverser pour atteindre la prostate, en indiquant au passage les organes importants que le bistouri ou le doigt peuvent léser.

L'incision de Wilms passant par le triangle ischio-bulbaire, c'est à ce niveau que nous décrirons la région.

La peau et le tissu cellulaire franchis, on arrive directement sur l'aponévrose superficielle du périnée recouvrant, sur la ligne médiane, les muscles bulbo-caverneux

et latéralement le muscle ischio-caverneux qui la soulèvent en une saillie toujours appréciable. Dans le tissu cellulaire, presque accolée à l'aponévrose, chemine d'arrière en avant l'artère périnéale superficielle accompagnée de la veine du même nom et du rameau superficiel du nerf périnéal.



D'après Wilms.

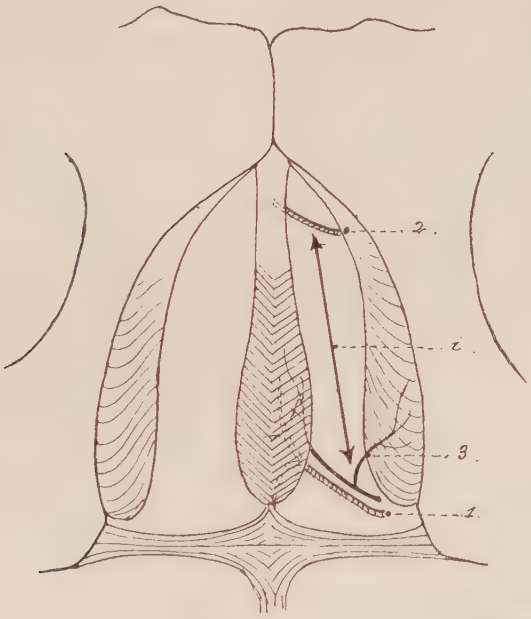
Fig. 1. — *Plan superficiel.*

1, Artère périnéale superficielle. — 2, Rameau superficiel du nerf périnéal. — 3, Rameau fémoro-périnéal.
i, Tracé de l'incision.

Le nerf est situé en dehors de l'artère. Dans la partie antérieure du triangle émerge le rameau nerveux fémoro-périnéal qui donne des branches à la peau de la région externe du périnée et du scrotum. Dans cette première étape, on voit donc que le seul écueil est le paquet vasculo-nerveux-périnéal superficiel. Or, il est situé en général beaucoup plus en dehors qu'on ne l'indique,

presque couché sur la face inférieure du muscle ischio-caverneux, si bien que l'incision ne le lèse jamais, passant en dedans de lui. Ce qu'on coupe, ce sont des petits rameaux internes allant au muscle bulbo-caverneux et qu'on n'a jamais besoin de pincer.

Si on incise l'aponévrose périnéale superficielle, le



D'après Wilms.

Fig. 2. — *Plan profond.*

1, Artère bulbaire. — 2, Artère urétrale. — 3, Rameau profond du nerf périnéal.
i, Tracé de l'incision.

doigt, qui remplace alors le bistouri, va travailler dans l'étage inférieur du périnée, et en particulier ici dans l'espace triangulaire à sommet antérieur formé en dedans par le muscle bulbo-caverneux, en dehors par le muscle ischio-caverneux et en arrière par le muscle transverse superficiel.

Dans cette région, les vaisseaux, à l'exception de

quelques petits rameaux négligeables, sont ou antérieurs ou postérieurs.

En avant, presque au niveau de la symphyse, c'est l'artère urétrale qu'on ne peut jamais léser. En arrière, c'est l'artère bulbaire ou périnéale profonde. Celle-ci, très volumineuse, perfore l'aponévrose périnéale moyenne tout à fait en arrière sous le muscle ischio-caverneux et se dirige ensuite transversalement en dedans, vers le bulbe qu'elle pénètre à 1 centimètre et demi environ en avant de son extrémité postérieure (Sappey). Elle est accompagnée de veines et du rameau profond du nerf périnéal qui la suit exactement, mais est placé en dehors et en avant d'elles. On voit donc que dans cet étage encore, on peut progresser sans léser aucun vaisseau ni nerf important presque à blanc. Quant au paquet vasculo-nerveux honteux interne, artère, veines et nerf, il est matériellement impossible d'en blesser les éléments, accolés à la branche ischio-pubienne et protégés du champ opératoire par l'aponévrose de l'obturateur interne et par le muscle ischio-caverneux et le corps caverneux qui forment une sorte de paravent dans l'angle rentrant duquel ils se logent.

Arrivé à ce niveau, l'opérateur n'a plus qu'à effondrer le plancher uro-génital, c'est-à-dire l'aponévrose périnéale moyenne et le muscle transverse profond, pour arriver sur la capsule prostatique, car il n'y a pas à se préoccuper du releveur de l'anus, comme nous allons le montrer maintenant.

En effet, normalement au-dessus du plancher uro-génital, on rencontre le muscle releveur de l'anus, recouvert d'une mince aponévrose inférieure et dont le bord interne, constitué à ce niveau par des fibres clairsemées, forme avec celui du côté opposé un hiatus par où passent

les gros organes, rectum, prostate et urètre. Le muscle descend obliquement en bas et en dedans de la paroi pelvienne vers la ligne médiane; aussi sa face inférieure forme-t-elle la paroi supérieure d'un espace angulaire à base externe dont la paroi inférieure est formée par le

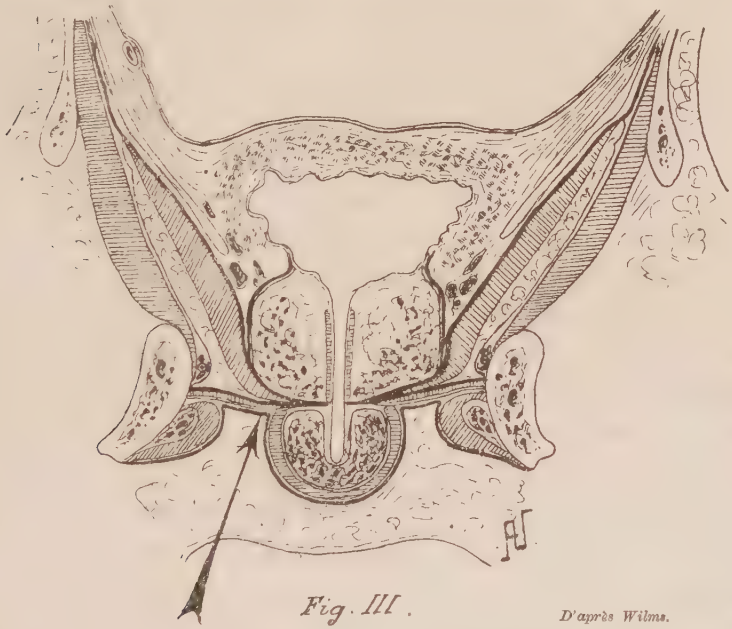


FIG. 3. — *Coupe vertico-frontale du bassin.*

La prostate hypertrophiée tasse le releveur et les aponévroses du périnée.

La flèche indiquant le tracé de l'incision a été figurée par erreur à droite.

diaphragme uro-génital. Cet espace rempli de tissu adipeux constitue le prolongement antérieur de l'espace ischio-rectal.

La face supérieure du muscle, au contraire, est tapissée par une aponévrose plus épaisse, l'aponévrose pelvienne ou périnéale supérieure, qui, suivant la même direction que le muscle, enferme la prostate comme dans une véritable

bourse complétée en arrière par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers.

Ce n'est qu'après avoir franchi ces différents plans qu'on arrive sur la glande, mais, comme Wilms, à qui nous allons emprunter ces détails, l'indique bien, ceci n'arrive que dans les cas de prostate normale ou très peu augmentée de volume. Le danger, alors, on le conçoit, est de progresser trop en dehors, et, passant sous le releveur, d'aller se perdre dans le tissu cellulaire lâche du prolongement antérieur du creux ischio-rectal.

Les rapports sont, en effet, tout autres dans le cas de grosse prostate. Alors, la glande hypertrophiée, suivant les termes mêmes de Wilms, « presse la lame viscérale (aponévrose pelvienne) avec les faisceaux musculaires atrophiés du releveur de l'anus contre le diaphragme urogénital, et cette couche se réunit pour ainsi dire en une sorte de capsule d'enveloppe de la prostate. Dans de telles conditions, quand on traverse le fascia et qu'on pénètre plus loin dans le tissu cellulaire lâche entourant l'urètre, on heurte inévitablement au-dessus du diaphragme la résistance ferme de la prostate hypertrophiée. Plus elle est grosse, plus elle est facile à découvrir, car elle pousse le diaphragme en bas et se présente pour ainsi dire au doigt explorateur ».

Quant au rectum, qui bien préparé doit être vide de matières, on n'a jamais à s'en préoccuper. Les doigts sont bien en avant de lui, surtout si on suit exactement la technique que nous allons indiquer maintenant.

§ II

Technique opératoire.

Chez tous les malades dont nous avons publié les observations, on a suivi la technique indiquée par Wilms (1). Nous allons voir en quoi elle consiste.

La préparation du malade n'offre rien de particulier. Il est purgé quarante-huit heures avant l'opération et lavementé la veille. La vacuité du rectum a, en effet, une grosse importance, on le conçoit facilement. Quant au traitement antérieur en rapport avec une infection vésicale, il est le même que dans les autres méthodes de prostatectomie.

Le choix de l'anesthésie a pour nous une grose importance. Il faut, à moins de contre-indication très nette, se servir de l'anesthésie générale sous chloroforme de préférence. Cela n'a aucune conséquence, l'opération étant très rapide, dix minutes au maximum. Une anesthésie locale ou incomplète peut, au contraire, entraîner des accidents graves qu'on évite quand le malade est en résolution absolue. Wilms, dans son travail, dit lui-même qu'après avoir employé, dans les premiers cas, cinq fois l'anesthésie lombaire, il préfère actuellement une courte narcose. Nous-même avons lésé le rectum une fois au cours de l'opération (observation VII) pour avoir opéré un malade à peine endormi qui poussait de toutes ses forces et dont le rectum était en outre plein de matières.

La position du malade est celle de la taille périnéale adoptée pour les interventions portant sur cette région.

(1) Wilms. Prostatectomie périnéale avec incision latérale. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* CIV Band, février 1910, p. 144 à 158.

Elle ne présente rien de particulier. Il est souvent commode de glisser un coussin sous le sacrum du malade, la région est ainsi mieux exposée.

On désinfecte le champ opératoire, y compris la verge et les bourses, soit par le savonnage, soit à la teinture d'iode.

On introduit alors une sonde dans l'urètre et, après protection de la région opératoire par des champs, on incise.

Naturellement, l'opérateur ne met pas de gants, tout comme dans la prostatectomie transvésicale.

Où doit se faire l'incision?

Un aide relevant les bourses, on va chercher avec le doigt le bord postéro-inférieur de la symphyse. On palpe ensuite facilement la saillie de la branche descendante du pubis. A un demi-centimètre de la ligne médiane et à un centimètre environ au-dessous de la symphyse, on commence l'incision qu'on prolonge en bas de 4 à 5 centimètres, parallèlement à la direction de la branche ischio-pubienne.

De quel côté doit-on faire l'incision? Toujours au niveau du triangle ischio-bulbaire gauche. La main droite, plus habile et plus forte, peut ainsi évoluer librement.

On sectionne d'abord la peau, puis les plans superficiels, et, abandonnant le bistouri, on introduit dans la plaie l'index et le médius de la main droite et on travaille par dissociation jusqu'au diaphragme uro-génital en passant entre les muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux.

Nous avons vu qu'il n'y avait pas lieu de se préoccuper des vaisseaux. Alors, dit Wilms, « si la prostate est grosse, on sent déjà sa résistance à une profondeur de

2 centimètres à 2 centimètres et demi. A côté, vers la ligne médiane, on perçoit la sonde dans l'urètre. Un peu en dehors de celui-ci, on déchire avec une pince (on peut se servir des ciseaux) la capsule de la prostate qui se trouve immédiatement sur le diaphragme uro-génital, l'aponévrose pelvienne supérieure et les restes du releveur de l'anus. Le doigt se place alors dans l'ouverture et énuclée d'abord le lobe gauche, puis le lobe droit de la prostate Pour atteindre le côté droit, il est préférable que le doigt suive la partie antérieure de la capsule prostatique.

« Quand la prostate est haute et que le malade est assez gras, il y a quelque difficulté à détacher la glande du fond de la vessie parce que le doigt est un peu trop court. Dans ce cas le désenclaveur de Young qui attire la prostate en bas rend de bons services. Enfin, il peut être quelquefois difficile d'amener au dehors la prostate, qui souvent est encore fixée par son sommet, avec le doigt qui est dans la capsule et qui rétrécit d'autant une ouverture relativement petite. Il faut alors contre le doigt introduire une pince à traction et avec celle-ci saisir le lobe prostatique qu'on amène au dehors.

« La portion prostatique de l'urètre est naturellement enlevée avec la prostate comme dans les autres formes de prostatectomie.

« Après l'énucléation de la prostate, l'hémorragie dans quelques cas est insignifiante. Parfois il est bon d'exercer une faible compression par un tamponnement peu serré de la cavité prostatique. Mais auparavant on doit ménager un écoulement suffisant à l'urine, grâce à l'introduction d'un drain qui est poussé jusque dans la vessie. En effet, si la vessie est insuffisamment drainée, sa réplétion peut engendrer une stase veineuse, stase

qui donne naissance à une nouvelle hémorragie. Il faut donc attacher une grosse importance à ce drainage. »

On applique alors un pansement superficiel maintenu par un bandage en T et l'opéré est porté dans son lit.

§ III

Remarques.

A cette technique, nous voulons ajouter quelques points complémentaires que Wilms ne cite pas dans son travail et qui nous ont paru avoir quelque utilité.

Un premier point à noter est la présence de la sonde dans l'urètre. Au début de l'intervention, quand les doigts vont à la recherche de la prostate, elle est de la plus grande utilité et constitue le meilleur point de repère. C'est en partant d'elle et en se portant un peu en dehors qu'on arrive immanquablement sur la glande hypertrophiée. Mais à partir de ce moment, quand on a commencé l'énucléation, elle gênerait beaucoup; aussi faut-il la faire retirer par un aide complètement ou mieux de quelques centimètres seulement, afin qu'elle puisse être facilement réintroduite si on venait à perdre le contact prostatique. Un autre point sur lequel nous voulons insister est la façon d'ouvrir la loge prostatique. On a vu celle de Wilms qui déchire latéralement la capsule. Notre maître le Dr Cunéo a plusieurs fois employé un autre procédé. Une fois arrivé sur la prostate entourée de sa capsule, il coupe d'un coup de ciseaux l'urètre et la sonde au niveau du bec de la prostate, et c'est en partant de l'urètre ainsi ouvert qu'il procède à l'énucléa-

tion des lobes. Ce procédé a un avantage, c'est de donner presque à coup sûr un bon plan de clivage.

Or, justement, c'est le plan de clivage qui dans l'opération de Wilms est difficile à trouver. Après ouverture de la capsule on n'est pas toujours directement sur l'adénome et, la place étant restreinte, c'est avec beaucoup de peine, en causant des délabrements trop considérables, qu'on arrive enfin à le trouver. Notre maître le Dr Marion ayant bien voulu nous autoriser à pratiquer plusieurs prostatectomies transvésicales lorsque nous étions son interne, il nous a paru que le plan de clivage était plus facile à trouver dans l'opération de Freyer que dans celle de Wilms. Aussi faut-il, après avoir déchiré la capsule, faire pénétrer un doigt dans cette ouverture et explorer la région; si le décollement paraît facile, on est dans le bon plan; sinon, plutôt que de forcer, il vaut mieux glisser les ciseaux sur le doigt resté en place et sectionner en plein parenchyme. On peut alors trouver la limite de l'adénome et l'énucléer.

La libération du lobe gauche se fait en général facilement. Pour le lobe droit, il faut, comme le dit Wilms, passer en avant, mais de plus il nous a paru souvent commode de changer de main et de libérer ce lobe droit avec la main gauche.

Idéalement, l'ablation de la prostate par cette voie devrait se faire sans ouverture de la vessie. Mais, et Wilms insiste avec raison sur ce point, un des temps difficiles est justement la séparation de la prostate du fond vésical. Aussi, en règle générale, la vessie se déchire-t-elle en arrière de l'orifice urétral, plus ou moins du reste, suivant l'adhérence et le volume de la prostate. A ce moment on est toujours à bout de doigts; aussi est-il commode, plutôt que de se servir du désenclaveur, d'at-

tirer la glande en bas au moyen d'une pince à traction.

Une fois la prostate complètement libérée on l'amène au dehors, mais elle tient encore par son sommet à l'urètre membraneux. Souvent celui-ci s'est déchiré au cours de l'intervention; mais une fois (obs. II), une portion de la muqueuse urétrale était appendue à la prostate. Aussi vaut-il mieux couper aux ciseaux le canal le plus haut possible.

Enfin, dans trois cas, les malades avaient en outre de leur hypertrophie des calculs vésicaux, deux fois un calcul unique (obs. II et III), une fois 60 petits cailloux (obs. VIII). Chaque fois l'ablation des calculs a été très facile une fois la prostate enlevée, car la voie d'abord est suffisamment large pour passer une tenette.

L'opération terminée on fait un lavage de la vessie et de la plaie avec de l'eau bouillie chaude, ou avec une solution de nitrate d'argent quand il y avait encore infection au moment de l'opération.

Quant au tube, c'est un drain non perforé n° 40 qu'on fixe aux lèvres de l'incision cutanée par deux crins. Il faut avoir soin de l'introduire suffisamment dans la vessie pour qu'il ne puisse sortir dans les mouvements du malade au moment du réveil.

Le tamponnement, qui a été pratiqué dans tous les cas, est fait au moyen de mèches de gaze à l'ektogan qui sont introduites autour du drain et mollement tassées.

Enfin le malade, reporté dans son lit, est couché sur un matelas perforé qui permet à une rallonge de caoutchouc mise à l'extrémité du tube vésical de venir déverser les urines dans un bassin placé sous le lit.

CHAPITRE III

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Quand on envisage les soins minutieux dont on entourait au début les malades opérés de prostatectomie transvésicale, on peut considérer comme un grand progrès la simplicité des soins post-opératoires après l'opération de Wilms. Cependant, nous devons dire qu'à la vérité, avec la technique de notre maître, le Dr Marion, les soins après l'opération de Freyer sont devenus des plus simples et qu'ainsi le procédé que nous décrivons ici perd un de ses avantages.

Soins généraux. — Ils sont les mêmes que dans toute prostatectomie : toniques, sérum, huile camphrée, caféine, ventouses contre les complications pulmonaires si fréquentes à l'âge de nos opérés.

Lavages. Nous n'avons jamais fait de lavages systématiques à nos opérés. Exceptionnellement, quand, après la disparition du sang dans les urines, celles-ci restaient troubles et qu'il y avait de la température, nous avons fait par la verge au moyen de la seringue quelques lavages

à l'oxycyanure ou au nitrate d'argent. Dans certains cas où la plaie prenait un aspect grisâtre et sphacélé, un ou deux lavages des tissus au permanganate faisaient merveille.

Ablation des mèches. Le tamponnement a toujours été retiré le deuxième jour, en même temps qu'on faisait le premier pansement. En effet, le lendemain de l'opération on changeait le coton et les compresses superficielles seulement quand elles étaient souillées, ce qui était rare. Donc nos opérés passaient en général quarante-huit heures sans être touchés.

Une fois (obs. IX) les mèches ont été enlevées le premier jour parce qu'elles avaient été complètement traversées par le sang et qu'on voulait inspecter la plaie. Rien ne saignait plus du reste. Une autre fois elles tombèrent d'elles-mêmes le lendemain de l'opération (obs. VIII). Enfin chez le malade de l'observation XI elles ne furent par erreur retirées que le troisième jour, et derrière elles, au fond de la plaie, on constata une petite quantité de pus.

Il semble, en effet, que le deuxième jour est la date optima pour retirer le tamponnement. Plus tôt, on peut provoquer un nouveau suintement sanguin; plus tard, il peut se faire de l'infection. Une dernière remarque qui confirme les conseils de Wilms nous est suggérée par l'observation II. Le premier jour après l'opération, le tube vésical ne donna que 400 centimètres cubes d'urines en même temps que le malade accusait des envies d'uriner avec tension hypogastrique douloureuse. Le lendemain, la vessie était très distendue, et l'ablation des mèches fut suivie de la projection à distance d'une volumineuse rétention d'urine mêlée de caillots. Il n'y eut pas d'hémorragie secondaire. Les mèches trop tassées avaient

comprimé le tube et empêchaient l'urine de s'écouler. Le tamponnement doit toujours être peu serré.

Ablation du tube. C'est le quatrième ou cinquième jour qu'on retire le tube vésical. En général, il faut attendre que les urines ne soient plus colorées par le sang et qu'elles soient claires. Cependant, on peut sans inconvénient le laisser plus longtemps, six ou sept jours. Une fois nous ne l'avons enlevé qu'au septième jour (obs. X) et une autre fois au neuvième jour (obs. I), car les malades conservaient de la température avec urines très troubles.

Sonde à demeure. Wilms chez ses malades enlève le tube vésical au sixième ou septième jour et le remplace par un petit drain qui va dans la cavité prostatique. A partir de ce moment il les laisse avec un simple pansement superficiel qu'on change quand il est mouillé. Tous les deux jours les malades sont sondés et on en profite pour leur faire un lavage vésical. Nous avons essayé à plusieurs reprises de suivre exactement cette technique, mais vu le personnel trop peu nombreux et les supplications du malade, nous avons toujours été obligé de mettre quelques heures plus tard la sonde à demeure. En effet, le malade, qui, dans un service d'hôpital, ne peut être changé à tout instant, macère dans son urine, et cette situation devient pour lui un véritable supplice, empêchant même le sommeil, ce qui n'est pas sans retentir sur son état général. Or, tous ces vieillards ont plutôt besoin d'être soutenus que déprimés.

Nous devons avouer, du reste, que notre technique doit être certainement pour quelque chose dans l'incontinence qui a suivi si fréquemment. Nous nous en expliquerons en étudiant cette complication.

Quoi qu'il en soit, nous mettons la sonde à demeure en retirant le tube vésical et nous la laissons en place jus-

qu'à ce que le canal se soit refermé autour d'elle et que la vessie ne communique plus avec la plaie périnéale. De cette façon, le malade ne doit jamais être mouillé. On comprend ainsi que la durée de la sonde à demeure ait été très variable, de six jours à quarante jours. Mais en général, on peut la retirer entre dix-sept et vingt-cinq jours. Pendant ce temps la surveillance de la sonde doit être constante. Il faut, en général, la changer tous les deux jours et surtout la fixer le plus solidement possible, car elle sort fréquemment de la vessie quand le malade commence à se lever. On peut grâce à elle faire autant de lavages de vessie qu'il est utile.

Nous mettons une sonde béquille n° 18. Le premier cathétérisme est le plus souvent facile. Mais au bout de quelques jours on éprouve de grandes difficultés pour remettre la sonde en place et il faut soit se servir du mandrin, soit guider la sonde sur le doigt introduit dans la plaie périnéale ou dans le rectum. Ces manœuvres peuvent ne pas être sans danger et c'est peut-être dans ces passages répétés qu'il faut voir la cause de la perforation du rectum tardive, au dixième jour, de l'observation VIII.

Donc, en résumé, quand le personnel est suffisant, il est préférable de ne pas mettre de sonde à demeure et de suivre strictement la technique de Wilms.

Lever du malade. — Tous nos opérés ont été levés en moyenne du dixième au douzième jour.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS IMMÉDIATS

§ I

Mortalité.

Sur les 16 cas que nous publions, trois de nos opérés sont morts, ce qui fait une mortalité de 18,75 p. 100. Cette proportion est énorme si on la compare à celle de la prostatectomie hypogastrique qui, dans une dernière statistique de Freyer (1), est de 4,76 p. 100 (8 décès sur 168 cas).

Mais si on veut bien reprendre avec nous les observations qui précèdent, on verra qu'on peut ne pas tenir compte, comme nous allons le montrer, du décès de l'observation I.

Il nous reste donc deux décès opératoires, soit 12,5 p. 100. Or, au début, la statistique de Freyer lui-même accusait une mortalité de 10 p. 100. Notre maître le Dr Hartmann, en 1905, sur 12 observations publiées dans

(1) Freyer. *The Lancet*, nº 4170, 1er mai 1909, p. 1235 à 1239.

la thèse de Boulouneix (1), avait 3 décès. En 1906, Albarran récapitulant les cas opérés, excepté ceux de Freyer, trouvait une mortalité de 17 p. 100. Enfin, Rochet et Salinier (2), réunissant 316 cas de prostatectomies hypogastriques, donnaient 16,4 p. 100 de morts. On voit donc que notre statistique, représentant le début dans la pratique d'un nouveau procédé, n'est pas si meurtrière qu'on pouvait le croire à première vue.

De nos trois décès, il faut, comme nous l'avons dit, en retrancher un, celui de l'observation I. Ce malade, âgé de soixante-six ans, en état de rétention complète chronique, avait eu des suites opératoires excellentes. Vingt jours après l'opération, il urinait par la verge, et sa plaie périnéale était presque complètement cicatrisée. Cependant, comme il avait un peu d'incontinence d'effort, on l'avait gardé dans le service pour le dilater, et subitement, quarante-trois jours après l'opération, il meurt en une journée d'hémorragie cérébrale. Voilà certes un décès qu'on ne peut imputer à la prostatectomie.

Des deux autres morts, l'un (obs. V) était un homme de soixante-neuf ans, entré dans le service en état de rétention complète, avec urétrorragie secondaire à une fausse route. Cet homme, fatigué et très vieux pour son âge, avait une élimination défectueuse du bleu de méthylène. Huit jours après l'intervention il fait une hémorragie secondaire abondante qui dure deux jours. Les urines diminuent de quantité, l'œdème des membres inférieurs apparaît et le malade, s'affaiblissant journellement, meurt presque anurique, d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on constate un hématome infiltrant les

(1) Boulouneix. *Thèse Paris.* Étude sur la prostatectomie transvésicale, 1905-1906.

(2) Rochet et Salinier. *Lyon chirurgical* (janvier 1909)..

parois du petit bassin et qui peut très bien provenir de la fausse route. Quant à l'hémorragie vésicale, elle a dû persister, car on trouve un caillot allongé dans l'urètre et d'autres plus petits dans la vessie. Les reins présentent de la néphrite chronique. Il y a épanchement dans le péricarde et les plèvres, et les poumons présentent un œdème marqué.

L'autre décès (obs. XI) survint quatre jours après l'intervention, chez un homme de soixante-dix-neuf ans, profondément infecté, avec mauvaise élimination du bleu. Très shocké après l'opération, il meurt presque anurique, avec un œdème très marqué des membres inférieurs et de gros râles dans toute la poitrine. L'autopsie n'a pu être faite.

On voit que ces deux malades présentent un point commun, le mauvais fonctionnement rénal. Par quelque méthode que ce soit, le résultat aurait été vraisemblablement le même. Ces deux opérés ne devaient pas l'être sans qu'on ait amélioré, si possible, l'état de leurs reins.

C'est dans de tels cas que triomphe la méthode de prostatectomie en deux temps avec cystostomie préalable. Une épreuve du bleu de méthylène très mauvaise avant le drainage sus-pubien devient souvent excellente après.

§ II

Complications.

Les complications peuvent naître au moment de l'intervention ou dans les jours qui suivent.

Complications opératoires. — Ce sont l'hémorragie et la blessure du rectum.

En novembre 1908, Lioukoumovitch (1), à la Société d'urologie russe, présentant un rapport sur l'opération de Wilms, déclarait que par ce procédé on provoquait une grave hémorragie venant des gros vaisseaux du périnée qu'on ne peut facilement pincer à cause de l'étroitesse et de la profondeur de la plaie, en même temps qu'une hémorragie de la loge prostatique. De plus, il insistait sur la déchirure facile du rectum à cause de la nécessité de déployer une force assez grande dans l'énucléation de la prostate, ce qui expose aux échappées involontaires. Mais Lioukoumovitch avait rédigé ces conclusions après des expérimentations sur le cadavre.

Nous devons dire que nous n'avons jamais constaté d'hémorragie opératoire abondante. Jamais nous n'avons placé ou vu placer une pince, et le suintement sanguin obligatoire a toujours cédé au tamponnement.

Quant à la blessure du rectum au cours de l'intervention, nous l'avons nous-même causée une fois. Mais nous avons déjà expliqué qu'elle était en grande partie due au sommeil défectueux du malade qui poussait, et à ce fait que le rectum, mal préparé, était plein de matières (obs. VII).

La suture faite à la fin de l'opération lâcha les jours suivants, mais néanmoins la fistule ainsi formée guérit bien et complètement.

Complications post-opératoires. — *Hémorragie*. Nous avons eu deux cas d'hémorragie tardive. Une fois au huitième jour, chez le malade de l'observation V qui est mort secondairement, ainsi que nous l'avons vu. Elle avait duré deux jours et était abondante.

(1) Lioukoumovitch. *Vratchevnaia Gazeta*, du 22 février 1909.

Une autre fois, au neuvième jour, chez un malade qui, outre son hypertrophie, présentait 60 petits cailloux dans sa vessie (obs. VIII). Cette hémorragie légère coïncidait avec l'issue par la plaie de trois petits calculs qu'on avait omis d'enlever au cours de l'opération. Elle se reproduisit deux fois, trois jours, puis neuf jours après la première. Chaque fois le sang disparut après des lavages chauds.

Plaie rectale. C'est chez ce malade également que nous avons constaté une plaie secondaire du rectum dix jours après l'opération. La petite fistule rectale siégeait à 4 centimètres environ de l'anus et fut causée vraisemblablement comme nous l'avons déjà indiqué par les passages répétés de la sonde montée sur mandrin. Elle guérit seule, vite et complètement.

Orchite. Nous l'avons rencontrée assez souvent, trois fois (obs. VIII, X, XII), sur nos seize cas. Deux fois elle fut très légère et disparut rapidement. Chez le troisième malade, au contraire, survenue très tard, au dix-huitième jour, elle suppura et nécessita la castration.

Complications pulmonaires. Comme dans toutes les opérations sur des hommes souvent très âgés, nous avons constaté la grande fréquence des complications pulmonaires, banales du reste, bronchites, congestion pulmonaire, pleuro-pneumonies. Le meilleur traitement, sitôt que le malade commence à mieux aller, c'est le lever précoce.

Réouverture de la vessie. Cette complication assez sérieuse, car elle prolonge la durée de la sonde à demeure, a été rencontrée trois fois (obs. IX, XIII, XV). Chaque fois, c'est en faisant des efforts pour aller à la selle que le malade a senti que les urines repassaient par la plaie, une fois vingt-deux jours après l'opération, les deux autres fois

vingt-trois jours. Il est certain qu'ici comme dans la prostatectomie hypogastrique, la vessie après l'ablation de la sonde à demeure, en se contractant à nouveau, déchire facilement la mince paroi qui s'est reformée. Ces réouvertures guérissent, du reste, toujours complètement et nous n'avons rencontré aucun cas de fistule persistante.

Cellulite. Escarres. Un dernier point sur lequel nous voulons insister est le suivant. Une certaine quantité d'urine, tout au moins pendant les premiers jours, ne passe pas dans le drain, mais filtre le long de sa paroi extérieure, se répandant sur la plaie. Malgré ce fait, même avec des urines infectées, et onze de nos malades étaient dans ces conditions, nous n'avons jamais constaté d'infection de la plaie, jamais de cellulite. Une complication qui s'est reproduite plusieurs fois, par exemple, ce sont des petites escarres fessières et sacrées, dues au contact de l'urine. Elles n'ont jamais eu de conséquences sérieuses et ont toujours guéri parfaitement surtout avec des lavages au permanganate.

CHAPITRE V

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Quel est l'avenir des prostatectomisés par le procédé de Wilms? Nous avons pu revoir presque tous nos opérés de dix mois à un an après l'intervention. Nous pouvons donc nous faire une opinion.

Et à ce propos, si nous avons tenu à prouver que le procédé n'était ni difficile ni dangereux, nous devons ici nous incliner devant un fait. C'est que sur treize opérés qui ont survécu, il y a actuellement huit incontinents.

Pourquoi cette incontinence, quels caractères particuliers offre-t-elle, peut-on la traiter, et comment?

L'incontinence de nos malades offre un caractère commun, c'est d'être diurne et causée par l'effort. En effet, tous les opérés sauf un (obs. X), qui perd ses urines constamment jour et nuit sans avoir de mictions volontaires, tous sont continents la nuit. Pendant le premier sommeil ils perdent bien quelques gouttes, mais sitôt que l'influence de la position couchée a eu le temps de se faire sentir, ils deviennent parfaitement continents jusqu'au matin.

Le jour, l'incontinence est causée par l'effort. C'est au moment de descendre du lit, dans les accès de toux, d'éternuements, après une fatigue prolongée que les opérés perdent leurs urines. Ils sentent très bien qu'ils vont uriner et ils perçoivent le passage de l'urine dans le canal, mais ils ne peuvent s'opposer à sa sortie. Suivant leur expression, il n'ont pas le temps de se retenir. C'est pour cela que la plupart portent des appareils de réserve, plutôt par précaution pour ne pas mouiller leur linge que par utilité absolue.

Comment peut-on expliquer cette incontinence relative?

Deux faits sont constants dans chaque observation, c'est d'une part la difficulté ou même l'impossibilité de cathétériser les malades avec les moyens ordinaires, et d'autre part la diminution ou la disparition de l'incontinence par le calibrage du canal au moyen des bougies Béniqué.

Avant de déduire une interprétation de ces faits, nous voulons, cela nous aidera, examiner la pièce de l'observation I. L'autopsie faite quarante-quatre jours après l'opération dut être limitée à la région opérée. On préleva donc d'un bloc la vessie, l'urètre et une partie du périnée en passant par une incision périnéale encadrant la cicatrice opératoire.

Examen de la pièce. Une dissection soigneuse permet de libérer la vessie et l'urètre des muscles et du tissu cellulo-adipeux qui les masquaient. La vessie a une forme allongée. A sa face postérieure on isole les deux uretères, les vésicules séminales et les canaux déférents. Ces organes ne présentent rien de particulier, sauf l'uretère droit qui est dilaté dans sa portion terminale et a une dureté pierreuse. Ouvert, il est presque totalement incrusté de sels calcaires. A côté de lui on ouvre un diverticule de

la vessie d'un volume égal à une vésicule séminale. De ce côté on pourrait croire à l'existence de deux vésicules.

La pièce est alors ouverte longitudinalement sur la ligne médiane et complètement divisée.

La paroi vésicale apparaît ainsi très épaisse, cloisonnée

COUPES PRÉLEVÉES.

—

A.

B.

C.

I. Région paraissant correspondre au col vésical.

II. Région paraissant correspondre à la loge prostatique rétractée. A ce niveau, il y avait une cavité urétrale.

III. Région paraissant correspondre à la portion membraneuse.

par un grand nombre de bandes saillantes. Les deux orifices urétéraux sont normaux.

Au-dessous de la vessie, correspondant à la face postérieure de l'urètre, on remarque une zone épaissie, de coloration plus pâle, très ferme au toucher, criant à la coupe, qui semble formée de tissu cicatriciel et correspond à la région prostatique.

Cette zone est constituée de trois parties assez distinctes : 1° une bande verticale empiète sur la vessie au

niveau de sa paroi postérieure et semble correspondre au col vésical ; 2° au-dessous une masse épaisse de tissu de cicatrice paraît correspondre à la loge prostatique rétractée. A ce niveau le canal urétral présente une assez vaste cavité qui se rétrécit en entonnoir et se continue graduellement avec l'urètre normal ; 3° plus bas on voit le tissu cicatriciel se terminer en une bande mince, finissant en pointe, qui longe la paroi postérieure de la portion de l'urètre correspondant à la région membraneuse.

L'examen microscopique fait par notre maître, le Dr Cunéo, confirme cette répartition topographique. Cet examen a porté sur la paroi postérieure et la portion prostatique de l'urètre, y compris le point paraissant répondre au col vésical. En raison de l'étendue de la pièce, la coupe a dû être segmentée en trois fragments.

Au niveau du premier qui répond à la région du col vésical, on aperçoit immédiatement en arrière de la cavité urétrale le sphincter considérablement hypertrophié et en arrière de lui un assez grand nombre d'acini prostatiques relativement très bien conservés malgré les altérations cadavériques de la pièce.

Sur la deuxième coupe, au niveau de la région prostatique on aperçoit également de nombreux acini placés à la périphérie de la pièce et, plus en dedans, on voit la coupe de nombreux conduits excréteurs qui rayonnent vers la cavité urétrale.

Le troisième fragment répond à la portion membraneuse.

Le Dr Cunéo ajoute : « Ce qui résulte surtout de l'examen, c'est la présence en dedans de la prostate, entre celle-ci et la cavité urétrale, d'une couche fibreuse extrêmement épaisse, contenant de nombreuses fibres musculaires lisses, et qui doit représenter vraisemblable-

ment le reste de la capsule qui entourait l'adénome intra-prostatique. »

L'examen de cette pièce vient donc prouver une fois de plus que dans la prostatectomie on laisse la prostate en tout ou en partie, mais il prouve aussi que le procédé de Wilms ne touche pas au sphincter qui persiste nettement suffisant. C'est donc autre chose qui provoque l'incontinence et l'examen macroscopique de la pièce va nous le montrer.

En effet, si on voit que la continuité de l'urètre est assez régulièrement rétablie, sa longueur paraît en quelque sorte augmentée aux dépens de la vessie, la région du col vésical étant devenue un véritable canal. De plus, l'urètre présente au niveau de l'ancienne loge prostatique une dilatation considérable. Cette cavité sus-vésicale permet de comprendre ce fait, que, chez beaucoup de nos malades, l'urine s'écoulait par la sonde quand nous avions la sensation très nette de ne pas être encore dans la vessie. Elle donne la clef également des difficultés incroyables du cathétérisme chez certains malades à qui on ne pouvait même pas passer une filiforme, et chez qui une sonde Nélaton n° 18 passait facilement. En effet, sondes, Béniqués, filiformes venaient buter au fond de cette cavité sans trouver l'orifice vésical qui doit être souvent latéral, tandis qu'une sonde molle s'incurvait à souhait.

Ces deux modifications, allongement du col vésical, cavité sous-vésicale, peuvent en partie expliquer l'incontinence, mais en partie seulement, car elles ont été signalées par Deroide (1) après la prostatectomie hypo-

(1) Deroide. Complications de la prostatectomie hypogastrique. *Thèse, Paris*, mars 1910.

gastrique qui est exceptionnellement suivie d'incontinence.

Il faut donc chercher quelque chose de plus et c'est ici qu'intervient, à notre avis, l'influence du tube vésical et de la sonde longtemps à demeure.

Dans la prostatectomie hypogastrique, la surface opératoire représentée par la cavité prostatique est laissée libre puisque le tube de Freyer pénètre à peine dans la vessie. La réparation de l'urètre peut donc se faire complètement et les tissus se referment sans être au contact d'aucun corps étranger irritant.

Dans le procédé de Wilms, au contraire, le drainage inférieur et la sonde à demeure ensuite mettent au contact des tissus en voie de réparation des corps étrangers qui sont irritants, comme le prouve le léger suintement purulent qui accompagne toute sonde à demeure. On conçoit ainsi qu'il y ait exubérance du bourgeonnement, d'où irrégularités du nouveau canal, après cicatrisation complète.

Et ce sont ces irrégularités que nous avons constatées deux fois à l'urétroscope qui sont la principale cause d'incontinence. Il suffit, en effet, et nos observations le prouvent bien, de calibrer le canal, d'effacer ces irrégularités par une dilatation poussée très loin pour faire disparaître l'incontinence. En plus de cette complication, nous avons constaté chez deux de nos opérés (obs. 13-15) un rétrécissement situé très profondément au niveau du canal représentant la région cervicale, qui a nécessité dans un cas une urétrotomie interne, qui va être incessamment pratiquée dans l'autre.

Quant à l'état vésical, chez tous les malades que nous avons pu examiner à ce point de vue, il est excellent. Ils ont en général des urines claires et trois opérés seule-

ment présentent un résidu variant de 30 à 80 grammes. Tous les autres vident complètement leur vessie.

Pour finir, nous dirons un mot des cinq malades actuellement continents. Leur état est absolument parfait, sauf un chez qui le cathétérisme est difficile, et ils n'ont rien à envier aux malades opérés par la méthode de Freyer.

CONCLUSIONS

L expérimentation du procédé de prostatectomie de Wilms était justifiée par la statistique qu'il a publiée avec de bons résultats et par la difficulté qu'on a dans certains cas à appliquer la méthode de Freyer.

Anatomiquement, la voie suivie est rationnelle, n'entraîne pas d'hémorragie et permet d'éviter le rectum.

Opératoirement, l'ablation de la prostate est simple, facile, rapide. Les grosses prostates sont plus faciles à enlever. Les accidents sont nuls s'il n'y a pas de faute de technique. Cependant le plan de clivage est souvent plus difficile à trouver que par la voie transvésicale.

Les soins post-opératoires sont de la plus grande simplicité. La sonde à demeure est un inconvénient qu'on peut éviter si le malade est suffisamment entouré.

La mortalité est élevée, 12,5 p. 100 dans notre statistique; 18,1 p. 100 dans celle de Wilms. Nos deux décès opératoires, du reste, sont imputables à un mauvais fonctionnement des reins. Donc, comme dans toute prosta-

tectomie, il faut tenir grand compte de l'élimination du bleu de méthylène.

En dehors des complications habituelles, orchite, accidents pulmonaires, il faut craindre l'hémorragie secondaire, la plaie rectale tardive due aux cathétérismes répétés pour changer la sonde à demeure, les escarres. Nous n'avons jamais constaté de fistule persistante ni d'infection de la plaie.

Les résultats éloignés sont beaucoup moins satisfaisants. Deux rétrécissements de l'urètre nécessitant l'urétrotomie interne et surtout huit cas d'incontinence. Cette incontinence paraît due aux irrégularités du canal, causées vraisemblablement par le contact irritant du tube vésical et de la sonde à demeure avec la plaie en voie de réparation. La dilatation poussée très loin la fait disparaître. Wilms ne cite pas cette grosse complication, mais il n'a pas revu ses malades et ne donne leur état qu'à leur sortie.

Vu par le président de la thèse :
H. HARTMANN.

Vu :
Le Doyen : L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.